

610.  
R50  
P3

AUG 15 1949

# ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituição para o progresso da Cirurgia

**Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

L. LVII

São Paulo, Junho de 1949

N.º 6

## Sumário:

	Págs.
Diagnóstico geral das gastropatias — Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO.....	435
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina:	
Urologia.....	449
Cirurgia.....	460
Patologia.....	473
Medicina.....	477
Oto-rino-laringologia.....	480
Pediatria.....	481
Neuro-psiquiatria.....	484
Obstetrícia e Ginecologia.....	488
Sociedade Médica São Lucas.....	490
Sociedade Paulista de Medicina Social e de Trabalho.....	494
Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro".....	496
"Outras sociedades.....	496
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	500
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.....	501
Liga Paulista contra a Tuberculose.....	502
Associação Paulista de Medicina.....	504
Cientistas argentinos em São Paulo.....	505
Novo hospital em São Bernardo.....	506
<b>Assuntos de atualidade:</b>	
Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia... ..	508
Instituto Squibb de Pesquisas Médicas.....	510
União Americana de Medicina do Trabalho.....	510
Poli-clínica Geral do Rio de Janeiro.....	512
<b>Congressos Médicos:</b>	
I Congresso Paulista de Hemoterapia.....	513
I Congresso Argentino de Radiologia.....	514
III Jornada de Puericultura e Pediatria.....	515
<b>Literatura Médica:</b>	
Livros recebidos.....	515
Folhetos e separata recebidos.....	516
Índice do vol. LVII.....	519

# METIL-TIOURACIL

## L. P. B.

PARA O TRATAMENTO  
DO

### Hipertireoidismo e da Tireotoxicose



Tabela comparativa de STANLEY E ASTWOOD mostrando a atividade no rato e no homem das substâncias Antitireóideas mais empregadas. (Endocrinology, 41:66, Julho de 1947).

	COMPOSTO	ATIVIDADE	
		no rato	no homem
6 —	Metil-Tiouracilo . . .	1	2
	Tiouracilo . . . . .	1	1
6 —	<i>n</i> -Propiltiouracilo . . .	11	0.75
6 —	Benziltiouracilo . . .	10	0.75



METIL-TIOURACIL L.P.B. é a substância mais ativa para o tratamento do hipertireoidismo e da tireotoxicose no homem.

VIDROS COM 50 COMPRIMIDOS



Solicite amostras e literatura à Secção de Propaganda do  
**LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA**

Caixa Postal 86-B — Fone: 4-5106  
SAO PAULO



L

R

A

V

C

g

q

e

a

m

m

tu

on

pr

es

m

no

ga

se

pr

pe

Cor



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . . Cr \$ 10,00

VOL. LVII

JUNHO DE 1949

N.º 6

## Diagnóstico geral das gastropatias \*

QUEIXA GÁSTRICA. ANAMNESE. EXAME DO DOENTE.  
EXAME RADIOLÓGICO E OUTROS EXAMES.  
ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA.

**Prof. Felício Cintra do Prado**

*Catedrático da Escola Paulista de Medicina*

Habitualmente, o primeiro dado que leva à suspeita de afecção gástrica é a própria queixa do doente. Entretanto, nem todos os que se queixam do estômago sofrem realmente do estômago. Com efeito, inúmeras moléstias de diferentes órgãos e sistemas podem "falar a linguagem do estômago", embora não o afetem diretamente. Direi mesmo que raras vezes haverá um quadro sintomático na clínica sem componentes gástricos mais ou menos acentuados, pois o estômago, mantendo amplas ligações com todo o organismo através do sistema neurovegetativo, costuma reagir prontamente aos mais variados estímulos que lhe chegam por essa via, fazendo-se intérprete dos padecimentos de outros órgãos.

As queixas ditas "do estômago" são muito variadas. De modo geral, sem distinguir-lhes a verdadeira origem ou patogênese, os sintomas gástricos diretos e reflexos podem ser catalogados conforme sua importância.

Entre os principais sintomas "gástricos" salientam-se os seguintes:

**Dores** — de característicos variáveis, localizadas quase sempre no epigástrico.

**Vômito** — que é a rápida expulsão do conteúdo gástrico pela boca; às vezes, o vômito não passa de uma "golfada".

\* Capítulo de "Clínica das afecções do estômago", 1 vol. (no prelo). Edição da Comp. Melhoramentos de São Paulo, 1949.

*Pirose* — também chamada de azia ou queimação, e que parece ao doente o efeito de um líquido azêdo ou cáustico, a subir-lhe do estômago, por trás do externo até a garganta. O nome de acidez é impróprio, pois êste sintoma representa um distúrbio da motilidade gástrica; pode aparecer mesmo com anacidez e faltar com a hiperacidez.

*Pêso epigástrico* — ou sensação de “digestão difícil”; a comida demora no estômago e êste cresce, fica “estufado”; aparecem então arrotos ou *eructações*, em consequência da *aerofagia* comum nestes casos; sobrevém ainda a distensão do ventre, pela passagem aos intestinos de ar deglutido, e o indivíduo então se queixa de flatulência, roncões ou borborismos, dores, gases expulsos pelo ânus, abdôme volumoso, mal-estar epigástrico, compressão do diafragma, distúrbios da evacuação, etc.

Outros sintomas podem ser acusados pelos doentes, a saber:

*Alterações do apetite* — desde anorexia ou perda da vontade de comer e conseqüente emagrecimento, até as modificações da fome ou apetite indiscriminado, com as suas variantes de *polifagia* ou fome exagerada e outras comuns nos psicopatas, como *acoria* ou insaciabilidade, *bulimia* ou voracidade, *parorexia* ou apetite pervertido, *sitofobia* ou medo de comer. *Apetite* é o desejo de alimento, o prazer despertado pela comida, ao passo que fome é a desagradável sensação de estômago vazio, sensação geral desconfortável da necessidade de alimento.

*Náusea* — ou enjôo que os doentes descrevem como “ânsia de vomitar” depois que comem; a náusea em jejum ou com estômago vazio é rara nas gastropatias; às vezes, pequena porção de comida volta à bôca, há *regurgitação*; outras vêzes, e principalmente nos psicopatas, a comida regurgitada torna a ser deglutida, havendo ruminação ou *mericismo*.

*Emagrecimento* — progressivo, lento, ou — o que é muito importante — *rápida perda de pêso* e fôrças.

*Língua suja* — por vêzes dolorosa, gôsto desagradável na bôca, e mau hálito, fétido. *Sialorréia* ou salivação abundante.

*Disfagia* — ou dificuldade no engolir, parecendo que a comida pára no esôfago.

Outras queixas menos freqüentes são relatadas por alguns gastropatas:

*Sêde excessiva* — que ocorre sobretudo nas inflamações agudas do estômago vulgarmente chamadas de “ressaca” e nos casos de vômitos profusos e diarréia.

*Soluço*, também chamado *singulto*.

*Insônia* — motivada por mal-estar abdominal.

*Vertigem* — provocada reflexamente por uma lesão do estômago, a chamada *vertigo a stomacho leso*, ou decorrente da anemia.

*Cefalalgia* — em estreita realação com a comida.

### ANAMNESE

Uma vez exposta pelo paciente a sua queixa — estou supondo o caso mais comum na prática — o clínico auxiliará com algumas perguntas a narrativa da moléstia atual e a sua história progressa. Até hoje, apesar dos modernos recursos diagnósticos, empresta-se a maior importância ao interrogatório, que deve ser conduzido com paciência e tino. Será mister, em cada caso, apurar as queixas relativas ao estômago, reconhecendo preliminarmente suas possíveis ligações com demais queixas devidas a condições patológicas de outros órgãos ou sistemas.

INTERROGATÓRIO. — Os seguintes pontos apresentam especial interêsse, em qualquer caso.

Há quanto tempo sofre?

Início subitâneo ou progressivo?

Tem havido interrupções no decurso da moléstia?

Em que ocasiões passa pior e qual o motivo (fadiga, emoções, clima, menstruação, etc.)?

Como é seu apetite? Tem aversão a certos alimentos ou algum lhe faz mal especialmente?

Emagreceu?

Como funcionam os intestinos? Já teve evacuações estranhamente pretas? (No caso afirmativo, excluir a hipótese de medicamentos como bismuto e carvão, e a dem uita carne sangrenta).

Sente mais alguma coisa fora do estômago, além do que já contou?

Com o exercício quotidiano da clínica, estas perguntas ficam gravadas no espírito do médico sem necessidade de as ter sempre à vista num formulário impresso. Por outro lado, com o decorrer do tempo, aprende-se a ouvir o doente sem fazer-lhe perguntas que possam sugerir ou apenas facilitar uma resposta fantasiada. Melhor partido é a princípio escutá-lo em silêncio, para se obter a primeira impressão do caso; depois, conduzir o interrogatório metódicamente a fim de completar os pormenores obscuros da história da moléstia, deixando entretanto que o doente use, nas descrições, de termos e comparações próprias, não insinuadas. A atitude do doente, o seu modo de falar, a tendência ao exagero etc. forneceu muitas vezes, já de início, a suspeita de, se tratar de um neuropata.

Ainda em relação à anamnese, desde que o paciente acuse *dores* e *vômitos*, torna-se indispensável apurar as particularidades da queixa, pois êstes sintomas são os mais importantes na história de tódã a gastropatia.

*Dores.* — Antes do mais, deixa-se que o doente as descreva a seu modo, para se ter uma noção da intensidade, impressão subjetiva, sede e irradiação. Ficar-se-á sabendo assim se a dor é branda ou forte; se parece queimar, cortar, perfurar, rasgar; em que ponto aparece; se tem irradiação e em qual sentido, e se desperta outros sintomas.

A dor é permanente ou passageira?

Provocada pela comida?

Vem diàriamente? A que horas?

Aparce antes, durante, ou depois das refeições?

Certo alimento é capaz de provocá-la?

Comendo de novo, a dor passa, ou se agrava ou não se altera?

Quanto tempo dura e como costuma desaparecer?

Tem havido épocas, de semanas ou meses, sem dores?

O objetivo do interrogatório será estabelecer a *intensidade da dor*; o seu *tipo em relação à comida*, se é "precoce" (durante ou logo após a comida) ou "tardia" (2-4 horas após) ou "de fome" (dor tardia que desaparece com nova ingestão de alimentos); a *qualidade* ou característica subjetiva da manifestação dolorosa; a *localização* e a *irradiação*; suas *relações com a dieta*, isto é, com determinadas comidas, ou *com outros fatores* tais como a emoção, a fadiga, o frio, etc.; finalmente, se há ou não *periodicidade* ou intermitência das dores, fases de semanas ou meses sem sofrimento.

*Vômitos.* — Perguntas especiais serão feitas nestes casos, uma vez excluída a hipótese de vômitos da gravidez.

Aparecem em jejum? São precedidos de náuseas?

Têm relação com o horário da comida?

Vêm logo após as refeições ou quantas horas depois?

Certos alimentos provocam vômitos?

Qual a quantidade do material vomitado? Abundante ou só golfadas?

Qual a cor: a da própria comida ou bebida, ou amarela, verde, vermelha, escura, ou cor de bôrra de café?

Qual o gôsto, e o cheiro?

As perguntas terão por fim distinguir os vômitos de *conteúdo líquido estomacal*; os *vômitos alimentares*; os de *muco*; os de *matérias purulentas* e finalmente os mais importantes para o juízo diagnóstico, que são as *hematêmeses* ou *vômitos sanguíneos*.

**ANÁLISE DA SINTOMATOLOGIA.** — Com a queixa e a anamnese, recolhe o clínico os primeiros elementos para averiguar se está realmente em causa uma afecção do estômago. Nos seguintes comentários encontram-se várias hipóteses diagnósticas sugeridas inicialmente pela sintomatologia.

A dor epigástrica pós-prandial, que ocorre periodicamente durante semanas ou meses, sugere a existência de úlcera péptica, pois nenhuma outra lesão abdominal apresenta de forma tão nítida essa característica de ritmicidade e periodicidade. A dor constante indica processo inflamatório em relação com o peritônio ou processo maligno; pode depender de causa neurálgica da parede abdominal ou irritação de raízes nervosas; mas poucas moléstias produzem dor constante e de longa duração, como o fazem as malignas. As crises gastrálgicas da tabes permanecem dias e semanas, a pesar de toda a medida paliativa para atenuá-las.

Os vômitos matutinos, em jejum, são freqüentes no início de gravidez, na uremia, nos processos faríngeos, na gastrite crônica. Os doentes que vomitam de manhã os alimentos ingeridos na véspera têm certamente uma obstrução pilórica. A enxaqueca e as colecistopatias podem também ocasionar vômitos matutinos, de suco gástrico misturado com a bile; a presença de bile não significa, entretanto, moléstia do fígado; os vômitos prolongados, com o estômago vazio, passam finalmente a conter bile. Na tabes, observam-se às vezes crises de vômitos sem dores nem náuseas, como nos tumores cerebrais e nas psiconeuroses.

A náusea precede habitualmente o vômito. Na ausência de vômito, a náusea é sintoma freqüente de moléstia hepato-celular, de gastrite crônica e de câncer do estômago. Pode ser o primeiro e único sintoma no começo de insuficiência cardíaca, moléstias renais crônicas e tuberculose pulmonar. Junta-se à dor de cabeça na enxaqueca e à vertigem nas afecções do labirinto. Quando matutina, a náusea indica freqüentemente gravidez, gastrite e toxemias crônicas, em especial a uremia.

A regurgitação distingue-se do vômito pelo pequeno volume do material rejeitado (quimo ou suco gástrico) e pelo fato de não ser precedida de náusea. A regurgitação aparece em consequência da peristalse reversiva, isto é, de ondas peristálticas que tomam no estômago o sentido retrógrado e levam o conteúdo gástrico para o esôfago: por isso, também, a regurgitação se acompanha freqüentemente de azia e os doentes acusam regurgitações ácidas. Tanto a regurgitação como a azia podem ter causas variadíssimas, funcionais ou orgânicas, e, assim, pouco esclarecem o diagnóstico. A ruminação, considerada como fisiológica na criança, é sinal de neurose no adulto.

A sensação de plenitude e pêso epigástrico, se fôr progressiva, mais acentuada, semana após semana, poderá significar gastrite, sífilis, ou processo maligno.

Os arrotos são comuns nos engolidores de ar, nos aerófagos. A expulsão de um pouco de gás pela boca, em seguida às refeições copiosas ou apressadas, é normal; trata-se de ar deglutido, pois no estômago não se processam fermentações, a não ser em casos de obstrução pilórica e, ainda assim, de pouca monta. Uma parte do ar deglutido passa aos intestinos, onde se junta aos gases ali formados; com os movimentos peristálticos, estes gases e os fluidos alimentares produzem ruídos característicos de borborismos; os doentes queixam-se de ventre distendido, estufado, flatulento, e acusam abundante expulsão de gases pelo ânus (cêrca de 500 cm<sup>3</sup> seria a quantidade diária normal, proveniente das fermentações e putrefações dos alimentos nos intestinos). Boas deu o nome de "pneumatose" à crise de hipertensão do estômago com ar.

As alterações do apetite e da fome podem ter várias causas. A anorexia é freqüente na psicose depressiva, na gastrite crônica e — muito importante — no câncer. A sitofobia ou medo de comer é, às vêzes, simples representação de ansiedade; outras vêzes, é justificada por lesões orgânicas, cujos sintomas se agravam com a comida. A bulimia (fome canina, fome de lobo) pode ser manifestação histérica ou psiconeurótica, mas pode significar também hipoglicemia, rápido esvaziamento gástrico, hipertireoidismo. A polifagia aparece no diabete, na pancreatite crônica, nas verminoses, no hipertireoidismo, na moléstia de Addison, na tuberculose; também na gravidez. A insaciabilidade absoluta ou acoria é própria das moléstias nervosas e mentais. Finalmente, a perversão do apetite ou desejo de alimentos esquisitos aparece freqüentemente durante a gravidez; quando a parorexia é muito acentuada denota claramente uma psicose.

O emagrecimento rápido, sem causa aparente como por exemplo a diarréia, sugere o diagnóstico de câncer, de diabete, de hipertireoidismo.

A língua suja apresenta-se recoberta de saburra, formada de detritos epiteliais e alimentares, e bactérias. Comum nos indivíduos que dormem com a boca aberta e têm língua seca, e nos que fazem regime lácteo. Pode estar associada a prisão de ventre e a moléstias febris. Não tem significado especial, salvo para explicar o mau gosto e o mau cheiro. A língua dolorosa ou glossodinia, acompanhada de atrofia das papilas linguais e acloridria, é observada nas avitaminoses, na anemia perniciosa e em vários tipos de anemia macrocítica.

A causa mais comum do mau hálito (*foetor ex ore* ou halitose) é a língua suja. Pode ser causado ainda por afecções do nariz e cavidades paranasais, amigdalite, detritos alimentares retidos em criptas amigdalianas; gengivite, piorréia alveolar, cáries dentárias, trabalhos protéticos defeituosos; afecções pulmo-



nares, obstrução do esôfago e do estômago; prisão de ventre, afecções do fígado; absorção intestinal de certos produtos voláteis, não neutralizados ou não desintoxicados no fígado, e depois exalados; toxemia, moléstias febris, acidose, alcalose, uremia, etc. Em resumo, a halitose pode ter causas variadíssimas; as mais comuns estão na bôca e não no estômago nem nos intestinos, como geralmente se supõe. Às vêzes, o paciente queixa-se de halitose, mas somente êle a percebe — o que prova tratar-se de auto-sugestão.

O mau gôsto ou gôsto desagradável é também devido, quase sempre, a uma causa local, na bôca, e não significa moléstia do fígado, mesmo que o gôsto seja amargo. O uso de medicamentos eliminados pela mucosa bucal pode causar gôsto metálico. As moléstias broncopulmonares, as renais e o diabete acompanham-se muitas vêzes, na respectiva sintomatologia, de "gôsto desagradável na bôca".

A disfagia indica sobretudo afecções do esôfago e da cárdia.

A sêde exagerada aparece nos casos de gastrite, de vômitos e diarréias profusas; nos estados febris, no hipermetabolismo; na hiperglicemia e na hiperclorêmia, mesmo quando passageiras, após alimentos muito doces ou salgados. A sêde excessiva permanente constitui um dos sintomas típicos do diabete insípido.

O soluço ou singulto pode ser passageiro e sem importância, após rápidas mudanças de temperatura, alimentos muito quentes ou frios, que excitam de algum modo os nervos frênicos. Se persistente, o soluço obedece a causas gerais (septicemia, choque, arterioesclerose, avitaminoses, etc.) ou a causas nervosas centrais (tumor, encefalite, meningite, etc.). No aparelho digestivo, a distensão gástrica e intestinal, e a peritonite são as causas comuns do soluço.

As tonturas e estados vertiginosos que entram na sintomatologia da arterioesclerose, das afecções do ouvido, da hipertensão arterial, etc., são também acusados por alguns doentes do estômago e da vesícula biliar.

A dor de cabeça após as refeições pode denotar intolerância a certos alimentos. Aparece freqüentemente na retenção pilórica e desaparece em seguida ao vômito. Cefaléias periódicas, como a enxaqueca e a hemicrania, acompanham-se de perturbações digestivas. Alguns autores admitem que a causa desencadeante da enxaqueca esteja no aparelho digestivo, particularmente no fígado e na vesícula biliar; entretanto, o assunto presta-se ainda a discussões.

DIA GÁSTRICO. — Infelizmente é muito reduzido o número de doentes com boa memória, que sabem relatar com inteligência e precisão os seus padecimentos. Na prática, para êstes casos, o melhor método de interrogatório é o de pedir ao doente que



descreva como êle passou recentemente todo um dia de 24 horas. Pode-se então formar idéia mais nítida do caso: os sintomas com o respectivo rosário, as circunstâncias, a dieta, o regime habitual de vida e trabalho, os incômodos tardios surgidos durante a noite, etc.

Finalmente, a anamnese é completada pelas informações sôbre os hábitos do doente, seus antecedentes pessoais e hereditários.

**HÁBITOS.** — Fuma em primeiro lugar, considerando-se correntemente como excessivo o uso de mais de vinte cigarros por dia. Bebidas alcoólicas, sobretudo o bábito regular. Refeição fora de casa, ou sem horário, comidas muito temperadas, vida intensa e cheia de preocupações. Este último pormenor, de vida preocupada, tem extraordinária importância. Será útil, em cada caso, fazer a anamnese psicossomática, isto é, conhecer a história emocional do doente, a qual pode estar em ligação com os padecimentos físicos ou mesmo ser a causa original dêles. Nas clínicas modernas há especialistas para essa parte.

**PASSADO.** — Infecções, intervenções cirúrgicas e especialmente moléstias anteriores dos órgãos digestivos, como icterícia, cólicas, disenteria, etc. Já foi examinado recentemente?

**DADOS FAMILIARES.** — Saúde dos pais, irmãos, filhos. Há outro casos de gastropias entre os parentes? Casos de tumores malignos ou de anemia perniciosa?

Fica assim encerrada a primeira parte, sem dúvida uma das principais da observação clínica, representada pelo minucioso interrogatório.

### EXAME GERAL

Muito pouco revelará o exame físico do doente, quanto ao estômago ou mesmo quanto ao abdôme, nos casos de afecções gástricas. Nisto, porém, está o seu valor. A preocupação do médico será, em qualquer caso, a de *fazer meticoloso exame geral, a fim de poder excluir a hipótese de outras moléstias fora do estômago*, que expliquem a sintomatologia gástrica ou que tenham relação com a afecção gástrica em causa. Insisto, por isso, em dizer que a clínica do aparelho digestivo só poderá ser exercida proficientemente como dependência ou complemento da clínica geral. Por isso também dispenso-me de recordar aqui tudo o que interessa ao exame físico do doente, limitando-me a apontar alguns dados entre os mais interessantes.

**EXAME GERAL.** — O aspecto do paciente pode fornecer, desde logo, informações úteis. Indivíduos de *habitus asthenicus* sofrem de perturbações digestivas funcionais, relacionadas talvez com a tonicidade da musculatura e ptose de órgãos. A *magreza extrema* e a *caquexia* são indícios de processos graves, com sub-

nutrição ou estado tóxico. O exame da pele e das mucosas mostram muitas vzes anemia, ictericia, manifestações de *alergodermias* e *hipovitaminoses*. Sômente em casos especiais as gastropatias decorrem com febre.

Preste-se particular atenção aos *dentes*, à *língua* e à *garganta*, pois aí talvez esteja a causa ou a concausa dos padecimentos gástricos. O *sistema ganglionar* será igualmente examinado. Quanto ao *sistema nervoso*, verifique-se a existência dos sinais de lues e em particular de *tabes*; conheço o caso de um tabético, com crises gastrálgicas, que foi operado por suposta úlcera do estômago. O saudoso neurologista patricio E. Vampré contava caso análogo, operado duas vêzes!

O *aparelho respiratório* e o *sistema cardiovascular* fornecem muitas vêzes a verdadeira explicação da queixa dispéptica apresentada pelo doente. O mesmo se pode dizer do *aparelho urogenital* e das *glândulas endócrinas*. Os processos ósteo-articulares da coluna causam freqüentemente dores, que parecem de origem abdominal; verifique-se, pois, a atitude do doente, a movimentação ativa e passiva da coluna vertebral, etc.

ABDÔME. — A simples inspeção do abdôme fornece só raramente sinais de importância, relativos ao estômago em si. Excetua-se evidentemente os casos especiais de câncer gástrico, com metástase no fígado e compressão da veia porta, em que aparecem dilatações venosas na pele do ventre, meteorismo e ascite. Mesmo os tumores do estômago só se tornam ocasionalmente visíveis quando já muito grandes.

Nos doentes com estenose pilórica, pode-se observar sob a pele o contôrno do estômago, enormemente dilatado, com as ondas de peristaltismo em direção ao piloro e as de antiperistaltismo em sentido inverso. Para o reconhecimento do contôrno e do peristaltismo gástrico, é indispensável que o ventre receba iluminação conveniente; melhor será que a luz se projete do alto e e enviesada, do ombro direito para o epigástrio do examinando em posição deitada.

A percussão do estômago desperta um som caracteristicamente claro, timpânico, na região do fórnix. Este som condiciona o reconhecimento do chamado "espaço semilunar de Traube", estudado na propedêutica. Os doentes com aerofagia apresentam vasta zona timpânica correspondente ao terço superior do estômago e que pode ser ainda alargada pelos gases acumulados na flexura lial do cólon.

Tanto a percussão como a auscultação do estômago perderam, diante do exame radiológico, a importância que outrora lhes foi atribuída. O ruído especial de "clapotage", que aparece com a percussão do estômago cheio de ar e de líquido, pode significar atonia, mas não é patognomônico.

A *palpação* do abdôme, segundo as regras da técnica, permite reconhecer o canal pilórico e uma parte da grande curvatura gástrica.

Especial atenção deve merecer a *pesquisa de pontos e zonas dolorosas*, em todo o ventre e sobretudo na área epigástrica.

Quanto ao exame cuidadoso de outros órgãos abdominais, em particular do fígado e dos intestinos, cabe aqui repetir que êsse exame tem por principal objetivo, num gastropata, o de afastar a hipótese de moléstias de outros órgãos, dos quais o estômago se fêz mero intérprete.

### EXAME RADIOLÓGICO E OUTROS EXAMES

Sem dúvida, qualquer observação clínica será tanto mais perfeita quanto mais completa, registrando os resultados de numerosas pesquisas complementares. Na prática, entretanto, isto não se mostrará sempre possível nem útil. Daí a conveniência de que sejam apontados os exames complementares realmente indispensáveis à solução do problema diagnóstico das gastropatias.

EXAME RADIOLÓGICO. — Indiscutivelmente, é o principal complemento ao exame clínico, e tão importante como a anamnese. Condição essencial, todavia, é que o exame radiológico fique a cargo de um especialista proficiente, metuculoso e seguro, quando não seja o próprio gastroenterologista. Atualmente não se concebe o exercício da gastroenterologia, sem sólidos conhecimentos, teóricos e práticos, da parte radiológica, assim como o especialista de pulmão tem de conhecer a propedêutica pulmonar à luz dos raios X.

Nem todo clínico geral dispõe, entre nós, de instalações próprias para o exame radiológico dos seus clientes. Nestas condições, cabe-lhe acompanhar o cliente ao radiologista ou, pelo menos, fornecer ao radiologista o diagnóstico clínico. Chamo a para o fato de que os dados da radiologia precisam ser sempre analisados em confronto com os dados da clínica. Várias afecções gástricas, em particular a úlcera e os tumores, mostram sinais radiológicos diretos e iniludíveis, quase sempre. Em outros casos, porém, sobretudo no início de moléstias orgânicas ou em todo o decurso de moléstias funcionais, as informações do radiologista são vagas, indiretas ou negativas, e caberá então ao clínico interpretá-las convenientemente, cotejando-as com o que já tenha apurado nestes casos. Por outras palavras, clínica e radiologia se apoiam e se completam mutuamente para a solução do problema diagnóstico.

Em suma, o *gastropata* deve ser submetido ao exame radiológico de estômago e duodeno; também do duodeno, porque

a patologia do duodeno, em especial da sua primeira porção contigua ao piloro, entra no estudo das afecções do estômago.

**EXAME DE FEZES.** — Em nosso país, onde as verminoses e protozooses intestinais estão largamente disseminadas, o exame de fezes entra no rol das pesquisas rotineiras da clínica, mormente nos casos de afecções dos órgãos digestivos. Muitos doentes que parecem sofrer só do estômago ficam completamente curados após o tratamento de sua parasitose intestinal. Pela minha experiência, a amebiase e a teníase podem simular mais freqüentemente uma gastropatia. Tôda a vez, portanto, que o diagnóstico não estiver ainda esclarecido pelo exame radiológico, proceda-se ao exame parasitológico das fezes, tendo-se porém o cuidado de aguardar 6-8 dias após o uso do bário; em certos casos será mesmo preferível recomendar desde logo o exame coprológico, antes do radiológico, para ganhar tempo.

**EXAME DO SUCO GÁSTRICO.** — A grande época das sondagens do estômago já passou, suplantada pela radiologia. A sondagem única, 60 minutos após uma refeição de prova, era recurso falho. Entretanto, nem os processos mais modernos da dosagem fraccionada do suco gástrico conseguiram recuperar para o método o terreno perdido, dado o aperfeiçoamento da técnica radiológica. Não quer isto dizer, todavia, que se deva abandonar o emprêgo da sonda para as investigações relativas à secreção do estômago, como advogam, aliás, muitos autores. Sou de opinião, conforme disse na lição passada, que o exame do suco gástrico pode ter utilidade no esclarecimento de muitos casos; condenei apenas o uso sistemático, ou melhor, o abuso do método.

Para resumir minha opinião neste assunto tão controvertido nos livros didáticos, direi que o exame do suco gástricos será aconselhável nas seguintes eventualidades clínicas, e sempre realizado após o exame radiológico: 1) Se o diagnóstico de úlcera ou de tumor não tiver sido firmado por sinais diretos e iniludíveis, revelados ao raio X. 2) Se persistir a dúvida entre úlcera e câncer. 3) Se o exame radiológico não revelar nenhum indicio de câncer mas o juízo clínico se inclinar para a hipótese de câncer, pois este costuma produzir assaz precocemente a anacidez do estômago. 4) Se existir anemia ou diarréia, porque estes sintomas podem estar em relação com a deficiência secretora do estômago.

**OUTROS EXAMES.** — Além das provas já mencionadas, que constituem sem dúvida as principais do diagnóstico, outras ainda terão sua oportunidade, para o completo esclarecimento de um caso em estudo.

A *gastrosopia* é método de valor indiscutível. Os modernos aparelhos, flexíveis e de manejo mais simples que os primitivos,

vêm sendo usados em escala crescente pelos especialistas. Não obstante, entre nós a gastroscopia continua quase ignorada, mesmo nos centros mais cultos. A *gastrofotografia* e o *eletrocardiogastrograma* nem sequer foram ainda tentados em nossos serviços da especialidade.

A *intubação duodenal* e a *colecistografia* prestam excelente auxílio no diagnóstico diferencial entre as afecções gastroduodenais e hepatobiliares. A prova de Einhorn (mancha sanguínea em um cordel introduzido até o duodeno, na véspera da prova) e a de Woldman (excreção pela urina de fenolftaleína administrada por via oral) são de valor discutível. A retossigmoidoscopia terá importância em caso de manifestações intestinais.

Na *prova funcional do aparelho digestivo*, o doente é submetido previamente a um regime especial de 3 a 5 dias; verifica-se depois se há nas fezes restos indigeridos de comida, além de outras características com o aspecto, a cor, o cheiro, a reação, a presença de muco, etc. Na insuficiência da digestão gástrica aparecem flocos de tecido conjuntivo e restos de cenoura e batata.

As pesquisas no sangue e na urina, o metabolismo de base, etc., enfim, inumeráveis provas hoje correntes na clínica poderão ser utilizadas, conforme o caso, para a solução do problema diagnóstico ou para a orientação da parte terapêutica.

Complicada e difícil tarefa se apresentará ao médico, se a gastropatia não ficar desde logo esclarecida pelo emprego dos recursos diagnósticos mais comuns. Todavia, assim é a clínica, sempre a exigir do gastroenterologista sólido conhecimento de medicina geral e domínio da técnica semiológica.

### ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA

Diante de um caso de gastropatia, as hipóteses diagnósticas serão consideradas metódicamente, em ordem sucessiva e a partir das mais prováveis, tendo-se em mente que um caso de aparência benigna, ou comum, pode ser afinal um caso muito grave em início, ou talvez raro. Esta é a lição da experiência: contar sempre com surpresas.

Em auxílio do clínico, para a tarefa diagnóstica, acudirão os seguintes elementos:

- 1) Dados fornecidos pela anamnese e exame do doente.
- 2) Exame radiológico minucioso, de estômago e duodeno.
- 3) Exames especiais, criteriosamente escolhidos conforme o caso, seja para esclarecer o diagnóstico, seja para completá-lo: exames das fezes, do suco gástrico, da bile, do sangue, da urina, etc., ou outros exames radiológicos, ou pesquisas especiais.

A regra, que adoto e recomendo, consiste em *iniciar as suposições diagnósticas resolvendo antes de tudo se o caso é ou não de úlcera*, e passando gradativamente a outras hipóteses até um resultado final, nesta seqüência:

- Úlcera gástrica ou duodenal.
- Câncer.
- Dispepsia gástrica secundária, moléstia extragástrica.
- Gastrite.
- Gastroneurose.
- Afeções raras.

O *diagnóstico de úlcera e o de tumor baseiam-se nos dados clínicos e no exame radiológico*. Se o raio X não revelar alterações gástricas que confirmem aquelas suspeitas, *cumpra ponderar em seguida se o doente apresenta qualquer moléstia fora do estômago*, capaz de explicar a sintomatologia em causa, por exemplo uma afeção do intestino ou da vesícula biliar. Suponha-se, entretanto, que os dados clínicos sejam absolutamente negativos em tal sentido, isto é, nada existindo além do que já tenha sido apurado quanto ao estômago. Apresenta-se depois a hipótese de gastrite, diagnosticada na pratica por exclusão: o caso não é de úlcera, nem de tumor, nem se encontra uma afeção extragástrica responsável pela queixa gástrica do doente, será então provavelmente um caso de gastrite. Restará ainda *separar uma gastrite de uma gastroneurose*, o que se consegue tendo-se em mente que: 1) a gastroneurose é muito menos comum do que a gastrite; 2) a gastroneurose aparece nos psicopatas. Finalmente as *demaís afeções do estômago serão lembradas em última análise*, por exceção, considerando-se sua relativa raridade.

Nas aulas subseqüentes dêste Curso, terei ocasião de conderar em separado as diferentes moléstias do estômago, voltando a insistir nos pontos que permitem afastar sucessivamente as hipóteses diagnósticas. Desde logo, porém, quero referir-me aqui aos *Cavete-Diagnosen* de von Bergmann. A palavra vem do latim *cavere*, que quer dizer prevenir-se, precatar-se. São diagnósticos tentadores que acodem facilmente, mas, quase sempre, enganadoramente. O clínico deve estar prevenido contra êles e só adotá-los em última instância. Tal é o caso da gastroneurose, que von Bergmann coloca no mesmo grupo dos seguintes cavete-diagnósticos de organoneuroses "puras": cardialgia, dispepsia nervosa, neurose motora-secretora do estômago, piloroespasmo, tormenta ventriculi, síndrome gastrocárdica, eructação nervosa. O mesmo Autor considera como precários os diagnósticos clínicos de ptose e atonia do estômago, esplanchnoptose, aderências pós-operatórias, vagotonia e simpaticotonia, pois não são moléstias; representam apenas parte do quadro mórbido e freqüentemente não passam de erros diagnósticos.



**ANTI-ESPASMÓDICO  
VASCULAR**

•

**DILATATOR DAS  
ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

Cloridrato de papaverina.....	0,03 gr.
Teobromina — salicilato de sódio.....	0,20 gr.
Teofilina — acetato de sódio.....	0,10 gr.
Fenil-etil-malonil-uréia .....	0,01 gr.
Cila (pó) .....	0,05 gr.
para uma drágea	

*urilene*

**Papaverina**

DRÁGEAS

AFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DAS CORONÁRIAS  
HIPERTENSÃO E SUAS COMPLICAÇÕES  
TROMBOSES E EMBOLIAS DAS ARTÉRIAS PERIFÉRICAS  
ANGIOESPASMOS CEREBRAIS



**LABORATORIOS ENILA S. A.**  
RUA RIACHUELO, N.º 242 — CAIXA POSTAL 404 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE UROLOGIA, em 25 de julho de 1948

Presidente: Dr. Eduardo Costa Manso

**Das complicações genitais no sexo masculino na moléstia de Nicolas-Favre — Dr. Humberto Ceruti.**

O autor, no que concerne à unidade etiopatogênica, fez estudo sumário das diferentes escolas que justificam a filiação de algumas síndromes genitais masculinas à moléstia de Nicolas-Favre. Passou, em seguida, a considerar minuciosamente o diagnóstico imunobiológico, estudando o vírus linfogranulomatoso, não só em relação ao seu cultivo, como também em face à reação imunitária histógena ou tetrina de Frei (estudou sua especificidade e sua sensibilidade, enalteceu o valor da prova cruzada e ensaiou a histopatologia, baseado nos trabalhos de Rabello Júnior e Vercellino), à obtenção dos antígenos de fontes humanas ou de animais de experiência e ainda

aos meios indiretos para poder evidenciá-lo, como sejam a hemoreação de Ravaut, a reação de Reiss e fixação de complemento de Hecht. Passando, rapidamente, em revista os casos anérgicos (reação de Frei negativa) quando associados com a tuberculose, o cancro mole e a blenorragia, entrou no estudo dos quadros anátomo-patológicos, analisando as diversas localizações da moléstia nos genitais externos masculinos. Dêse modo considerou: a) as uretrites de Walsch e de Kelberg e Phylactos e as suas complicações; b) as epididimites e as orquiepididimites; c) a induratio penis plastica; d) a elefantíase do pênis e escroto, com sua síndrome fistulosa uretroferineoscrotal; e) a linfangite troncular e edema do prepúcio; f) as lesões cutâneas. Passou em revista, em linhas gerais, não só



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462  
Rua Xavier de Toledo, 34 - 4.º

## Hormoplacentino

*Sangue de animal sadio em adiantada gestação, livre de substâncias anafiláticas, atestado com extratos mamários e placentários.*

Estimulante da nutrição geral, determina, quando injetado, um considerável aumento do leite. Frieza sexual da mulher. Perturbações da menopausa.

DÓSES: UMA AMPOLA DIARIAMENTE ATÉ TURGEÊNCIA, CALOR OU DOLORIMENTO DA GLÂNDULA, ESPAÇANDO-SE ENTÃO. (Intramuscular)

a histopatologia da localização ganglionar da moléstia, como também a das diferentes localizações sindrômicas acima estudadas. Terminou afirmando serem os dados que seguem, os que fazem suspeitar histopatologicamente da etiologia linfogranulomatosa das diferentes síndromes genitais masculinas: a) infiltração plasmocitária difusa no tecido conjuntivo ou no cório; b) microabscesso de natureza, em geral, leuco-histocitária, não só com grãos cromófilos, livres ou inclusos (corpúsculos de Phylactos e Gama), como também em focos de necrose, cujas paredes são, por via de regra, delimitados por células epitelióides; c) focos de células epitelióides esparsas; d) nem sempre a proliferação do tecido conjuntivo é identificável. E' de notar que, fora desses dados histopatológicos, firmam o diagnóstico, não só os sintomas clínicos, como também a reação imuno-alérgica de Frei, principalmente, quando ela possa ser praticada cruzadamente.

**Radioterapia na induratio penis plástica** — Dr. Mathias Roxo Nobre. O autor estudou o problema clínico e as hipóteses etiológicas da induratio penis plástica, ponderando que, em relação à radioterapia, a circunstância fundamental está no fato de ser a moléstia em questão um processo de neoformação fibrosa circunscrita. A induratio penis plástica, também chamada esclerose fibróide, além de diversos outros nomes (uns mais, outros menos acertados), é considerada por alguns autores dentro de um grupo de moléstias reunidas numa diátese fibroplástica, tais como a moléstia de Dupuytren, os quelóides, certas formas reumáticas, etc. O autor chamou a atenção para o fato de diversas afecções se beneficiarem da ação dos raios X, quando tratadas inicialmente, na fase de neoformação ainda evolutiva do tecido fibroso. Na sua opinião, o fato de ser ou um processo produzido pelo vírus da quarta moléstia, não altera fundamentalmente a indicação da radioterapia porque, tanto a fi-

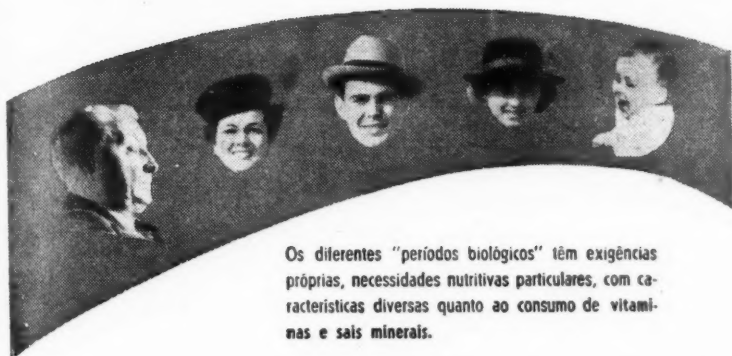
brose, como a moléstia de Nicolas-Favre, em suas outras localizações, são passíveis de se beneficiarem pelo tratamento pelos raios X. O autor apresentou sua casuística pessoal, de casos tratados pela radioterapia superficial e pela contactoterapia, fazendo também referência à indicação do radium. Considera qualquer um dos tipos de irradiação pouco penetrante como sendo de grande vantagem para a induratio penis plástica, dado o fato de que as lesões são situadas a pouca profundidade, por sobre a túnica albugínea.

**Comentários:** — Dr. Humberto Cerruti: A radiação atua sobre os fibroblastos jovens. Portanto, nos casos de induratio penis plástica recentes a terapêutica é muito interessante. Pergunto se se consegue o desaparecimento do tecido fibroso empregando doses mais altas.

Dr. Mathias Roxo Nobre: A radioterapia determina o desaparecimento da induratio penis plástica quando o tratamento é precoce e nos casos em que as aplicações são feitas em doses suficientes; nessas condições, a regressão se faz sem deixar vestígios. No entanto, nas formas mais antigas observa-se, por vezes, como em outras afecções irradiadas, a supressão da dor e alguns outros sintomas subjetivos, sem que haja desaparecimento completo do endurecimento fibroso.

**Papel do laboratório no diagnóstico da esterilidade masculina** — Dr. Mario Lepolard Antunes. Este trabalho já foi publicado, na íntegra, na [Revista Paulista de Medicina, 33:197 (outubro) 1948].

**Comentários:** — Dr. Cicero Wey de Magalhães: O autor referiu-se a um trabalho que, sobre o mesmo assunto, apresentei a esta sessão, há algum tempo, e que constituía uma crítica, do ponto de vista moral, do método de colheita do líquido seminal por ele preconizado em comunicação anterior. O autor volta, assim, a insistir na mesma idéia. Tenho a impressão de que



Os diferentes "períodos biológicos" têm exigências próprias, necessidades nutritivas particulares, com características diversas quanto ao consumo de vitaminas e sais minerais.

## VI-SYNERAL

uma droga

O Vi-Syneral atende a essas especiais e delicadíssimas exigências orgânicas. Associação de **vitaminas (A-B<sub>1</sub>-B<sub>2</sub>-B<sub>6</sub>-C-D-E, Niacinamida, Pantotenato de cálcio e Complexo B natural extraído da levedura) e minerais (Ca, P, Fe, Cu, I, Mn, Mg e Zn)**, é o produto mais completo e poderoso, particularizando-se em fórmulas para **Lactentes e Crianças, Crianças e Adolescentes, Adultos, Lactantes e Senhoras Grávidas e Grupo Especial** (para maiores de 40 anos e carências pronunciadas).



Seu efeito é positivo: corrige as deficiências nutritivas, estimula os processos de regeneração tecidual, produz o levantamento geral das forças orgânicas e mantém as funções psico-físicas em magníficas condições.

Amostras e literatura mediante pedido a

**SCHILLING-HILLIER**

S. A. INDUSTRIAL E COMERCIAL

RIO DE JANEIRO  
Caixa Postal 1030

SÃO PAULO  
Caixa Postal 2060

Únicos representantes no Brasil da U. S. VITAMIN CORPORATION, Nova York, N. Y.

o meu pensamento ficou bem claro naquele trabalho. Se não levássemos em conta a parte moral, não há dúvida de que, sob o ponto de vista técnico, o melhor processo seria o indicado pelo autor. Entretanto, encarei também o aspecto moral da questão, o qual, aliás, pode ser muito diverso segundo a escola filosófica adotada. Sou católico e fiz a crítica sob o ponto de vista da moral católica. Julgo interessante ter o autor se referido ao livro de moral médica de La Rochelle, porém estranhei não se ter referido ao ponto em que o livro trata da espermocultura, onde está escrito que é interdito ao homem o onanismo e qualquer maneira provocada de ejaculação que não tenha lugar na cavidade vaginal da mulher legítima. O meu trabalho é dirigido aos colegas que querem seguir esses princípios e o que eu disse é o que se encontra em qualquer livro de moral católica. Quanto ao método de Huhner, referi-me a ele como uma tábua de salvação para quem não possa agir de outra forma. Se não podemos lançar mão da masturbação, com o método de Huhner sempre é possível ver se há espermatozoides, verificar sua mobilidade e avaliar aproximadamente o seu número, embora a secreção vaginal venha prejudicar a avaliação rigorosa dos caracteres do esperma.

Dr. Matheus Santamaria: Em 25 anos de clínica, nunca encontrei um paciente que se recusasse a usar o método da masturbação, e esse o processo que todos os livros indicam. Apenas alguns pacien-

tes não conseguiram o material dessa maneira e então lancei mão de outros processos.

Dr. Humberto Cerruti: Tenho experiência de mais de 20 anos e sempre que pediram exames com pesquisa de espermatozoides, usei o processo da masturbação. Apenas em alguns casos encontrei pequena relutância por parte dos pacientes. Não discuto a questão sob o ponto de vista da moral religiosa.

Dr. Eduardo Costa Manso: Pouco em relevo a oportunidade das discussões que o Dr. Mario Lepolard Antunes tem provocado nesta sessão, as quais focalizaram uma questão geralmente desprezada pelos que se dedicam aos estudos de sexologia masculina. Chamo a atenção para a contradição entre os preceitos morais evocados aqui e a regra geral de se obterem os materiais destinados a exame isentos de contaminação externa. Considero aberto a questão e, por isso, promoverei novos debates.

Dr. Mario Lepolard Antunes: Agradeço a crítica do Dr. Cicero Wey de Magalhães. Criticar um determinado método de laboratório é fácil, mas é preciso que nesse caso seja indicado um método que o substitua. Quanto ao livro de La Rochelle, ele apenas se refere à espermocultura. Hoje esse processo já está completamente afastado. O método de Huhner também não resolve quando se trata de uma pessoa solteira. No caso de uma paternidade repudiada também não temos outro recurso senão a masturbação.

#### SECÇÃO DE UROLOGIA, em 25 de agosto de 1948

Presidente: Dr. Eduardo Costa Manso

**Estudo sobre o trigono vesical** — Dr. Eduardo Costa Manso. As pesquisas do autor tiveram o intuito de esclarecer o arranjo muscular e do tecido conjuntivo da região, a fim de que os fenômenos fisiopatológicos desenvolvidos nela pudessem ter uma interpretação apropriada. Para esse efeito foram feitos 1.769 cortes histológicos do

trigono, orientados em diversos sentidos. Do exame desses cortes e de um certo número de peças microscópicas concluiu o autor que o uréter termina poucos milímetros além do meato e, portanto, não toma parte na constituição do músculo de Mercier, nem apresenta expansão em direção ao colo vesical (sob a forma de um músculo tri-

gonal, à maneira do que descrevem, entre outros autores, Yong e Wesson) e nem toma parte na formação do trigono. Verifica-se, além disso, que o trigono é uma região caracterizada pela predominância de tecido conjuntivo compacto, o que lhe mereceu o qualificativo de "tendinoso", dado por Barkow. O autor desenvolveu, depois, as consequências que se poderiam tirar desses achados. O mecanismo da micção, tal como foi descrito por Young e sua escola, não tem fundamento anatómico e deve, pois, ser rejeitado. O trigono é uma região anatómica passiva e não ativa. Seu aspecto hipertófico nos casos de obstrução do colo vesical, não é consequência de uma atividade especial, mas sim do desabamento das paredes vesicais, vencidas na luta contra a disectasia do colo.

**Fístula vesicovaginal** — Dr. Marcilio Ferraz — O autor apresentou um caso de fístula vesicovaginal após histerectomia total por câncer do colo, tratado previamente pelo radium, operado com êxito pela técnica proposta por Marshal e col. Chamou a atenção para as condições tissulares locais nestes casos. Os tecidos perifistulares se apresentam com intensa fibrose, do que resulta: 1 — vascularização total precária; 2 — tecidos sem elasticidade e fixos, difíceis de dissecção para formação de retalhos; 3 — englobamento dos ureteres na área de fibrose. Trata-se de operação que deve ser feita quando não existam sinais locais de recidiva cancerosa, e quando se pode esperar recuperação funcional da bexiga. Outra função que pode ser recuperada é a sexual. A operação consta de três tempos: 1 — Laparotomia mediana infra-umbelical com cistostomia (traçado de um retalho da mucosa da parede posterior da vagina, que corresponde perfeitamente aos contornos da perda de substância existente na parede vesical e vaginal anterior); 2 — via vagi-

nal com retirada da mucosa da parte inferior da vagina, exceto do retalho traçado no primeiro tempo, de modo a formar uma larga área no fundo da vagina, que será juxtaposta pela sutura das bordas da mucosa vaginal existente ou restante; 3 — via abdominal, novamente, com sutura da borda do retalho da mucosa vaginal posterior, ao rebordo da fístula, com pontos separados de catgut, de modo a obliterar completamente a fístula, fazendo a inclusão da mucosa vaginal, como parede vesical. Drenagem da bexiga somente pela cistostomia com sonda de Pezzar. Como cuidados pós-operatórios: drenagem postuar (paciente em decúbito ventral); a sonda deve estar ligada a um sistema de drenagem aspirativa.

**Comentários:** Dr. Darcy Vilela Itiberê — Tenho alguns casos de fístulas de origem obstétrica, que foram operados. O número destes casos diminuiu muito em nosso meio, porque aumenta cada vez mais o número de cesáreas. Em muitos casos não é possível a operação plástica e só a operação de Coffey será aplicável. É uma operação relativamente benigna, dando ótimos resultados, tendo grande importância prática e social. Não se deve temer consequências desagradáveis, como a infecção ascendente, que fazia morrer fatalmente o doente. Temos casos operados, contando já mais de 10 anos, sem complicações.

Dr. Eduardo Costa Manso — Também tenho tido casos semelhantes a esse, em que tenho usado o método de Coffey com bons resultados.

Dr. Marcilio Ferraz — Critiquei a implantação intestinal dos ureteres, baseado nos autores clássicos, apoiado nos princípios fundamentais do processo, que é um método de desvio e que modifica a fisiologia dos órgãos da mulher. O método de Coffey pode ser usado mas tem as suas indicações determinadas.

**OVULOS DE RADON - nas vaginites**

## SECÇÃO DE UROLOGIA, em 29 de setembro de 1948

Presidente: Dr. Eduardo Costa Manso

**Anúria pela sulfapiridina** — Dr. Honório Dias Soares — O autor apontou as principais complicações renais observadas com o uso de preparados de sulfapiridina, tais como: cristalúria, hematúria, oligúria, anúria, dor e cólica renal, azotúria. Mostrou que, de maneira geral, as complicações renais resultam da pequena solubilidade dessas drogas. Estudou as modificações patológicas nos rins de animais de laboratório ou de doente submetidos à administração prolongada de preparados sulfamídicos, anotando as alterações do tipo mecânico, causadas pelos depósitos de cristais nos túbulos, bacinete, ou ureter, e as alterações do tipo químico, tóxico, ou degenerativo, produzindo lesões semelhantes à nefrose mercurial. Mostrou a influência da concentração do medicamento na urina, do grau de acetilação e do pH da urina para a formação de cristais. Quanto ao tratamento, distinguiu o da anúria tóxica, do da anúria obstrutiva. Quanto ao primeiro, são aconselháveis: administração de grandes quantidades de líquidos, administração de grandes doses de bicarbonato de sódio, soluções isotômicas e hipertônicas de glicose por via intravenosa, diatermia na região lombar e, por fim, descapsulização do rim. A anúria do tipo mecânico é, em geral, facilmente solucionada quando, agindo em tempo, consegue-se passar o catéter uretral, até o bacinete. O catéter deve ser deixado de permanência, servindo para lavagens piélicas, com água destilada ou bicarbonatada. As vezes, é preciso empregar métodos mais radicais tais como a nefrostomia, pielostomia, descapsulização dos rins. Relatou, a seguir, um caso de sua observação de anúria obstrutiva por emprêgo de sulfapiridina, em que a uréia sanguínea chegou a atingir 1.020 mg. por litro e que foi resolvido satisfatoriamente pelo cateterismo uretral.

**Comentários: Dr. João Taliberti** — Queria apenas relatar um caso que tive no serviço médico do I. A. P. C. tratava-se de um rapaz que tomou sulfapiridina e apresentou anúria. Ao fazer a cistoscopia verifiquei que os orifícios uretrais apresentavam-se obstruídos. Não consegui fazer penetrar o catéter em qualquer dos lados. Recorri, então, à distensão vesical com a manobra de Pasteau, a qual favoreceu eficazmente a evacuação dos cristais de sulfa, desaparecendo a anúria.

**Cistes solitárias dos rins; a propósito de dois casos** — Prof. Rodolfo de Freitas — Apresentando duas observações de pacientes portadores de cistes solitárias do rim, o autor fez considerações a respeito da frequência, etiologia, anatomia patológica, patogenia, aspectos clínicos e possibilidades de diagnóstico dessa afecção, discutindo, em seguida, a conduta terapêutica, que depende das condições peculiares a cada caso em particular. A cirurgia conservadora, extirpação do ciste, com conservação do rim, deve ser preferida, sempre que possível. A punção subcutânea e a aspiração do conteúdo do cisto, é processo simples, mas que não suprime o cisto, nem impede a reprodução do seu conteúdo líquido, parecendo favorecer a infecção e a supuração. Nos grandes cistos com atrofia do rim, ou quando não há plano de clivagem fácil, ou ainda, quando o cisto tem larga extensão de contiguidade com o tecido renal, a nefrectomia será preferida, bem como nos casos de conteúdo reumático, dada a possibilidade da concomitância de tumor renal, de natureza maligna. Discutindo o diagnóstico, o autor estudou a diferenciação entre os cistos solitários do rim com os tumores benignos e malignos, com a hidronefrose, com a pionefrose, com o rim policístico, com os tumores e cistos dos órgãos próximos (fígado, baço, pâncreas) com os



# MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um produto balsâmico obtido pela destilação dos brônco-espículas e ramísculos do *Pinus Pumillo*, pequena conífera que cresce nas rochas das altas montanhas dos Alpes Dolomíticos, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades terapêuticas do **MUGÓLIO** baseiam-se em suas ações balsâmica, antipneumônica e anticatarrhal.

O **MUGÓLIO** encontra, pois, indicação em todas as afecções das vias respiratórias, agudas e crônicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os suores nocturnos; restabelece-se o sono e o apetite; observa-se notável melhora na taxa hemoglobínica e no quadro hematológico de onde, como consequência, o aumento de peso e a aceleração da cura.

## *Mugólio injectável*

sob 3 fórmulas:

- \* **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- \* **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - I e II grãos
- \* **MUGÓLIO LECITHINADO** - I e II grãos

\*\*\*

- \* **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 o/o em óleo de vaselina
- \* **RINO MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 o/o de ephedrina
- \* **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 o/o em veículo xeroposo.

LABORATORIOS REUNIDOS CALOSI-DALLARI  
INST. SÔRO-HOMOTERAPICO NACIONAL S/A

RUA DA GLÓRIA, 674  
S. PAULO



cistos de músculos, do mesentério, para-renais, pseudo-hidronefróticos, pós-derrame para-renal nos traumas, com os cistos congênitos dor desvio ou isolamento da bacinete, com os cistos independentes do aparelho urinário (por degeneração de gânglios lombares, por estase das vias linfáticas no hilo do rim, por hemorragias peri-renais, de origem fetal (dermóides), por cistos do rim primitivo ou do ducto de Wolff), com os aneurismas da aorta abdominal ou da artéria renal. Relatando suas duas observações, o autor discorreu sobre a sintomatologia e o diagnóstico dos cistos solitários do rim, expondo a documentação radiológica, urografia e pielografia retrograda de seus dois casos que foram tratados pela nefrectomia, ficando evidenciada a possibilidade digna de menção em um dos casos havia atrofia quase total do parênquima renal e hipertensão arterial (26 de máxima); após nefrectomia, a pressão arterial desceu para 160 e 90, mostrando tratar-se de hipertensão por angiopatia unilateral. A evolução foi favorável nos dois casos.

**Comentários:** Dr. Augusto Mota Pacheco: A comunicação foi muito interessante e abordou o tema em todos os seus aspectos. Já que foi lembrada a questão de compressão dos órgãos vizinhos, quero relatar um caso de minha clínica. O doente apresentava icterícia, completamente obstrutiva, fígado bastante grande, vesícula grande, e o sinal de Curvosiér-Terrier. Levantou-se a hipótese de um câncer da cabeça do pâncreas. Feita uma laparotomia, verificou-se a presença de um tumor renal retroperitoneal, de um enorme cisto seroso do rim, que comprimia o cólecoco. Nos casos de cisto hemático, devemos indicar a nefrectomia para evitar a cancerização ulterior. Tivemos a oportunidade de ver, nos Estados Unidos, dois casos de cistos hemáticos em que os cirurgiões não estavam inclinados a fazer a nefrectomia, porque eram de opinião que os cistos poderiam ser extirpados. Num dos casos, como o cisto fôsse muito grande, levantou-se a suspeita de câncer con-

comitante, o que foi confirmado pela biópsia.

**Dr. Eduardo Costa Manso** — Felicitó o Prof. Rodolfo de Freitas, pela reunião de dois casos de uma afecção que constitui raridade na literatura médica. Basta lembrar que Young confessa não ter encontrado nenhum. Os paulistanos são mais sujeitos aos cistos renais, pois vários são os colegas que têm tido oportunidade tratá-los.

**Prof. Rodolfo de Freitas** — Quanto à questão do conteúdo hemático dos cistos, não me aprofundei em detalhes, para não prolongar a comunicação. No que diz respeito às repercussões dos tumores em órgãos vizinhos, quero lembrar também os possíveis reflexos que provocam distúrbios à distância. Nos casos citados de grandes cistos, tenho a impressão que não devemos deixá-los, sendo preferível fazer nefrectomia, porque assim o doente fica definitivamente curado. A cavidade que se deixa nos casos de uma punção, pode-se encher de novo e supurar a qualquer momento.

**Plástica pelo-ureteral; detalhe de técnica.** — **Dr. Roberto Rocha Brito** — Este trabalho foi publicado na Rev. Paulista de Medicina, 34 (fevereiro) 1949.

**Comentários:** Prof. Rodolfo de Freitas — No terceiro caso apresentado, em que houve um obstáculo juxta-piélico, julgo que seria preferível praticar a operação de Alleman e não incisar a drenagem; julgo que a sonda em T é boa, mas prefiro o cateterismo de demora e a nefrostomia transpolar de Papin. No Rio de Janeiro tive um caso que operei quando fiz concurso para a livre-docência e que consegui resolver muito satisfatoriamente apenas com libertação do rim e do úter e nefropexia.

**Dr. Roberto Rocha Brito:** Quanto ao terceiro caso apresentado, também pensei na operação de Alleman mas, no ato operatório, a execução plástica usada pareceu-me mais fácil. Tenho preferido a drenagem em T pela sua maior simplicidade e porque os resultados anteriores foram bons.

SECÇÃO DE UROLOGIA, em 25 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Eduardo Costa Manso

**Crítica à teoria da intersexualidade da próstata** — Dr. João Thomas de Aquino — O autor fez a crítica sobre a teoria de Hutter (1929) de que a hipertrofia da próstata seja índice de intersexualidade, teoria essa que foi posta em evidência principalmente por Moskowitz (1932), procurando reforçá-la pelo estudo embriológico das glândulas prostáticas em embriões e fetos humanos e pela comparação com o desenvolvimento dessas mesmas glândulas nos indivíduos hermafroditas, aproveitando as observações de Fibiger. Através desses trabalhos, considera-se que a próstata seria representada por duas porções mediais e posteriores, seria de potencialidade masculina, e as anteriores mais as subtrigonais e as subcervicais de Albarran, de potencialidade feminina. Seriam estas últimas, de acordo com os autores citados, as responsáveis pela hipertrofia da próstata, que estaria sob a dependência de um desequilíbrio hormonal. Neste sentido, haveria um déficit do hormônio masculino e, por isso, as glândulas prostáticas do grupo chamado potencialmente feminino reagiriam aos estrógenos, de efeito proliferativo, ficando a hipertrofia da próstata nesse caso como uma prostatopatia, homóloga à mastopatia e às metropatias do sexo feminino. O autor, após ventilar o conceito de intersexualidade condicionada por fatores genéticos, embriológicos e hormonais, citando os trabalhos de Morgan e Goldschmidt, acha não ser possível, em primeiro lugar, que as diferenças do desenvolvimento e posição da próstata nos diferentes casos de hermafroditismo sejam condicionadas apenas por predominância maior ou menor dos hormônios sexuais específicos, mas sim que sejam apenas devidas a graus diferentes do fenômeno de intersexualidade, a qual, no sentido de Goldschmidt, só existe na espécie humana no sexo feminino. A chamada prós-

tata de tipo masculino ou feminino dos "pseu-do-hermafroditas" é devida, nesse caso, a desenvolvimento maior ou menor da vagina que, de acordo com as últimas aquisições embriológicas, é derivada do seio urogenital. Se a intersexualidade é mais precoce no seu aparecimento, a próstata fica situada mais para baixo, dando margem ao desenvolvimento de glândulas na região posterior da uretra (tipo masculino); se mais tardio o desenvolvimento da vagina, através da proliferação dos bulbos sinovaginais, condiciona a posição da mesma mais para cima, em torno do colo da bexiga (tipo feminino). Num ou noutro caso, entretanto, o sexo genético é sempre feminino. O autor mostrou que os pontos de vista invocados para que a hipertrofia da próstata seja caráter de intersexualidade não satisfazem, ficando a questão ainda em aberto, sugerindo a possibilidade de ser invocado um desequilíbrio hormonal entre o testículo e a hipófise anterior, através do efeito, já observado experimentalmente, de proliferação das glândulas acessórias genitais produzida pelas gonadotropinas.

A seguir, foi dada a palavra ao Prof. Guerreiro de Faria, que discorreu sobre as vantagens da operação de Millin no tratamento do adenoma prostático. Não foi feito resumo desta comunicação, nem sobre ela foram feitos comentários. Encerrando a sessão, o Presidente disse: "Parece que a operação de Millin venceu. No entanto, a operação de Millin não é intervenção de caráter tipicamente urológico, segundo o conceito que faço da especialidade. Sob este aspecto, sua vitória será talvez mais pernicioso do que favorável ao desenvolvimento da urologia: ela, provavelmente, interromperá ou retardará o surto atual da resecção endoscópica, do mesmo modo que, alguns anos atrás, a talha hipogástrica o fez em relação a litotricia.

SECÇÃO DE UROLOGIA, em 29 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Eduardo Costa Manso

**Estudo radiológico do verumontanum** — Dr. Athayde Pereira — Na luz cloacal, existe uma saliência denominada eminência de Müller, que ocupa inteiramente a estreita parede dorsal do esbôço da bexiga e da uretra primitiva. Com o alargamento desta parede, tal eminência destaca-se nitidamente. Em embriões de 21 mm, os ductos de Müller já esboçados anteriormente na superfície lateral da extremidade cranial do mesonefros, atingem esta eminência, e as, suas terminações cegas se encontram abaixo do epitélio estratificado da parede dorsal do esbôço da bexiga e da uretra primitiva. A abertura destes ductos na eminência de Müller já se observa em embriões de 70 mm. Os ductos de Wolff, já abertos na cloaca, quando diferenciada a bexiga, e absorvidos nela os uretérios provindos de brotos destes ductos, deslocam-se caudalmente e passam a se abrirem na eminência de Müller, ao lado dos orifícios dos ductos de Müller. Evoluídas as gônadas para testículos, não tardam a se atrofiarem as formações müllerianas; mas, persiste a eminência de Müller, que toma em definitiva a designação de verumontanum (collculus seminalis, caput gallinaceum, crista uretralis, tubérculo de Müller). Sobre esta eminência, persiste uma depressão chamada vagina ou utrículo prostático, que se pretende derivado mülleriano ou formação glandular derivada do seio urogenital.

O estudo radiológico de vadamontanum jamais foi particularizado; qualquer referência a ele se ligava ao estudo radiológico da uretra prostática. Em 1933, por exemplo, Schreus (Roentgenologisches Darstellung der hinteren Harnhore — Münch. med. Wchrschr.), estudando a radiografia da uretra posterior com pequenas películas no recto (Rektum Kasseten), obteve imagens do verumontanum. Dai por diante, nulas foram as re-

ferências sobre seu estudo. Autores diversos, em teses e trabalhos sobre uretrografia, ao estudar a radiografia da uretra prostática, afirmavam, até bem pouco tempo, "que a uretra posterior normal não apresenta imagem negativa do verumontanum". Estas afirmativas errôneas decorriam do mau processo de radiografar a uretra.

De investigações radiológicas sobre a uretra masculina, que datam de 1934, chegou o autor a afirmar "que o verumontanum, quando existe, é sempre revelado, tanto no adulto, como na criança, em toda radiografia feita com a técnica habitual da uretrocistografia de enchimento e miccional, desde que o contraste empregado não seja irritante ou provoque a contração da uretra prostática e do esfíncter estriado". As radiografias que o autor exibiu deram testemunho dessa afirmativa. Foram elas feitas com dois tipos de contraste: a suspensão de bário e o novo preparado Visco-Raiopake de Hoffmann La Roche. O estudo radiográfico revela as anomalias congênitas do verumontanum, como: ausência, hipoplasia, hipertrofia congênita, as válvulas do véru localizadas nos freios, nos sulcos laterais e na crista.

Apresentando radiografias de todas estas ocorrências, salientou o autor a de ausência do véru, verificada em um pseudo-hermafrodita masculino e a de válvulas do véru, raramente encontradas ou apresentadas na literatura. Chamou a atenção para a ocorrência da hipertrofia congênita do véru, coincidindo sempre com a hipoplasia da prostata e do colo da bexiga, em uma observação que jamais vira relatada por qualquer autor ou radiologista. Chamou também a atenção para o fato de que os anatomistas descrevem o véru sempre localizado no terço médio da uretra; nas suas verificações o véru raramente ocupa o terço superior,

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

# PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm<sup>3</sup>.



TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS  
MANIFESTAÇÕES

## NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

**Norofillina s/ glicose:**

empôlas de 10 cm.<sup>3</sup>.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

**Norofillina c/ glicose:**

empôlas de 10 cm.<sup>3</sup>.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

**Norofillina comprimidos:**

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

---

**Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.**

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

com relativa frequência o tёрço médio, porém, com maior frequência, o tёрço inferior da uretra (foram mostradas radiografias demonstrando essa topografia do verumontano). Mostrou, ainda, o autor as formas anatômicas do véru, reproduzidas radiologicamente: véru globuloso, oval, elíptico, cônico, fusiforme, oblongo, em saliência alongada.

Por fim, o autor apresentou apreciável série de radiografias demonstrando as modificações do véru nas moléstias inflamatórias (prostatovesiculites), com sua característica de aumento de volume (hipertrofia), ou deformidade por ulceração (tuberculose), sua atrofia na involução senil, suas modificações topográficas no adenoma da uretra prostática, no câncer da próstata, na litíase da uretra e na litíase exógena da próstata.

**Comentários:** Dr. A. Mota Pacheco — Em 1932, fiz pesquisas radiológicas em 71 indivíduos normais previamente submetidos à endoscopia da uretra posterior para exame do verumontanum, sendo usados três tipos de contraste: o iodeto de sódio, a iodipina e o uroselectan ascendente. Cheguei à conclusão de que o verumontanum normal não era visível por imagens negativas nas uretrocistografias.

Dr. Athaydes Pereira — Atribuo os resultados obtidos pelo Dr. Mota Pacheco à má tolerância aos meios de contraste usados, e talvez porque naquela época ainda não se conhecia a técnica ideal para estas radiografias. Penso que, se forem repetidos os mesmos estudos atualmente, chegará a resultados idênticos aos meus.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, em 15 de outubro de 1948

Presidente: Dr. Mario Fanganiello

**Contribuição endoscópica para o diagnóstico cirúrgico do câncer do reto** — Dr. Brasil Filho — O autor referiu-se, de início, ao va'or da proctossigmoidostomia no diagnóstico de 75 % das neoplasias dos colons, dada a extensa área de visualização conseguida por este método. A seguir, fez considerações sobre erros diagnósticos mais comuns do câncer, classificando-se em duas ordens: erros carenciais, por omissão do toque retal e da endoscopia e erros de interpretação do exame local. Baseado nos novos estudos sobre os linfáticos ano-rettais, realizados por Edson de Oliveira, o autor realçou o valor da localização exata do tumor, tomando como ponto de reparo a plica transversalis de Kohlrusch. Esta nova orientação incluída no exame proctossigmoidoscópico orientará quanto à técnica operatória a ser seguida. Nos casos suspeitos de câncer, aconselha o autor cuidados quanto às condições de iluminação, quanto ao preparo prévio do doente, indicando, ao mesmo tempo, a posição inversa na

mesa proctológica. Após fazer a descrição do quadro endoscópico do câncer, o autor teceu considerações sobre as dificuldades diagnósticas nos casos de cânceres metastáticos de outros órgãos, e sobre as dificuldades de visualização dos pequenos neoplasmas situados na parte escura do reto, isto é, na parede posterior da ampola, imediatamente acima do canal anal.

**Orientação moderna na cirurgia do câncer do reto** — Prof. Mário Degni. — O autor não forneceu resumo.

**Comentários:** Dr. Daher Cutait — O Prof. Mário Degni não fez referência à classificação das ressecções. Considera ressecção quando se retira um segmento intestinal e se pratica a anastomose e, como amputação, quando se faz a sutura do sigmóide ao ânus. Em relação à colostomia, prefere a colostomia do transverso, e cita sua experiência nos megacólons operados no Hospital das Clínicas, e o fechamento espontâneo das fis-

tulas aparecidas após a anastomose, o que diminui o tempo de hospitalização. Em relação à técnica cirúrgica, tenho assistido muitas operações do Prof. Alípio Correia Neto, que diseca o reto até o ânus. Nos doentes portadores de megacolon que tenho observado não verifiquei a perda da continência esfintérica. Embora minha experiência pessoal seja pequena quanto ao câncer do reto, tenho a impressão de que a operação ideal é a ressecção e anastomose e não o abaixamento.

Dr. Camará da Silveira — O prof. Alípio Correia Neto tem usado a mesma técnica para o abaixamento e para o câncer, respeitando sempre o esfíncter. Ele faz o seguinte: por via abdominal, liberta a alça sigmoide e o reto até um limite bastante inferior. Em uma das vezes ultrapassou a linha pectinada, o que verificamos quando fazíamos a dilatação do ânus. Ele liberta até abaixo da próstata e, em geral, nesse momento, secciona o reto enquanto o assistente faz a dilatação do esfíncter. Uma vez isso realizado, ele passa a alça por dentro do reto já dilatado; quando a alça é muito grande, resseca uma parte e passa o segmento que vai permanecer. Com abdome aberto verificam-se, facilmente, as condições de irrigação do reto. Fixa-se o segmento abaixado à porção terminal do reto por três pontos; um ventral e dois posteriores, direito e esquerdo, com fio inabsorvível (algodão) e termina-se a operação. O prof. Alípio Correia Neto não realiza a colostomia temporária e drena a região suprapúbica. Quanto ao problema da incontinência esfintérica, verificamos sua incidência em mais de 25% dos casos.

Dr. Jaime Rodrigues — Na visita que fiz à Clínica Mayo tive a oportunidade de ver Dixon realizar inúmeras operações sobre o sigmóide e reto. Ele realiza sempre a colostomia do transverso e, no tempo abdominal, realiza descolamentos que chegam até quase o canal anal. Usa fio não absorvível e pontos separados. Para proteção, usa gaze absorvível embebida em Trombina.

No Serviço de Dixon o número de erros diagnósticos foi de 1 para 4 no que diz respeito às lesões concomitantes.

Dr. Edson de Oliveira — Estranho que os relatores dos temas hoje apresentados sobre o câncer do reto não tenham dado ao toque retal a importância que ele merece. Em relação à classificação dos tumores, prefiro aquela que se baseia no aspecto macroscópico. Quanto ao aspecto endoscópico, lembro-me de um caso em que, apesar de feito o diagnóstico de sarcoma do reto, o exame anátomo-patológico mostrou tratar-se de adenocarcinoma. Quanto à técnica cirúrgica, não há, ainda, uniformidade de vistas. Quanto à classificação em amputação ou ressecção, julgo que ela deve ser feita segundo a intervenção se realize acima ou abaixo das válvulas: por ressecção entendemos a operação que não retira o aparelho esfintérico e por amputação, a que o retira. Quanto à técnica de Dixon, julgo difícil fazer a ressecção até a linha pectinada.

Dr. João Ferreira — Em alguns casos o toque retal é muito doloroso, sendo necessário fazer anestesia do esfíncter, tanto para o toque, como para o exame endoscópico.

Dr. Brasil Filho — Não subestimo o valor do toque retal. Há muitos anos já insisti em que o toque retal vale tanto quanto uma biópsia. Não abordei essa questão para não estender demais o trabalho.

Prof. Mário Degni — Penso que a ressecção pode ser feita até a linha ano-retal. Penso que o abaixamento não tem grande valor e prefiro a ressecção e a amputação. Não pratico a colostomia temporária e, em mais da metade dos meus casos, não houve fistulização e com isso ganhou-se muito tempo. Julgo que o fechamento da fistula é menos grave do que a colostomia. Quanto à questão de se poder dissecar o segmento até o ânus, concordo com a observação feita pelo Dr. Edson de Oliveira. Em relação à continência do esfíncter, julgo que um processo



de D'Allaines é mais favorável. Quanto ao problema da libertação lateral, julgo que, a rigor, não se

pode ir até à parte lateral, pois o plexo pélvico deve ser respeitado.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, em 9 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Mario Fanganiello

**Contribuição ao tratamento cirúrgico da hérnia do núcleo pulposo** — Dr. A. Mattos Pimenta — O autor não forneceu resumo do trabalho.

Comentários: Dr. Silvio Forjaz — E' estranhável o fato de, em nosso meio, serem assinalados tão poucos casos de hérnias do núcleo pulposo. Nos serviços neurológicos europeus tivemos ocasião de ver numerosos destes casos. Talvez o fato se explique pelo pouco conhecimento do assunto e, por isso, seria conveniente dar ampla divulgação aos trabalhos hoje apresentados. Não estou de acordo com o esquema apresentado pelo Dr. Roberto Melaragno para explicar a localização das hérnias, com predominância nas regiões lombares baixas. Na realidade, o espaço intervertebral é maior do que o representado no esquema. Penso que o problema das hérnias lombares baixas, que constituem cerca de 95% dos casos e que se localizam nos espaços entre L4-L5 e L5-S1, está relacionado com a localização da raiz nervosa. Os dois espaços referidos são, geralmente, mais estreitos que os demais e, normalmente, o ligamento amarelo é mais espesso nessa região. Frequentemente, encontram-se casos de hérnia por fora, por baixo, por dentro e juxtadurais, que podem ter um a dois centímetros de largura e um centímetro de altura. O problema da curvatura da coluna parece-me ter significado. O problema da localização de L4 ou L5 e o da raiz lesada é mínimo para o cirurgião e a sintomatologia clínica é suficiente para localizar a hérnia. Sob o ponto de vista prático, será mais importante saber se a hérnia se localiza acima ou abaixo da raiz nervosa, porque, quando ela se localiza para

o lado de fora da raiz, a operação é muito mais difícil. Alguns acreditam que as hérnias internas provocam curvatura da coluna vertebral para o mesmo lado e que as externas as provocam para o lado oposto; para os casos de localização difícil, há recurso na mielografia. O estudo dos dermatomas também é interessante; segundo alguns autores, só há superposição da sensibilidade tátil e não da sensibilidade dolorosa. Na Inglaterra teve oportunidade de observar como praticam a manobra suplementar, colocando o paciente em decúbito dorsal e pesquisando os dermatomas elevando o membro inferior até a altura em que aparece a dor; assim consegue-se fazer aparecer os dermatomas que, em posição normal, não aparecem. Peço que o Dr. Roberto Melaragno explique melhor a questão do abaixamento do calcanhar quando o doente caminha nas pontas dos pés. Tenho a impressão de que, nessa posição, estando o nervo ciático contraído, a dor será menor.

Dr. Orlando Pinto de Souza — A meu ver, o problema da hérnia do núcleo pulposo pertence mais ao ortopedista do que ao neurologista porque a hérnia é, na realidade, um epifenômeno. Há, frequentemente, grandes dificuldades quanto ao diagnóstico e, também, para saber quais os casos que devem ser operados. Em muitos casos, considerados como típicos, nada encontramos na intervenção. O fato de ser relativamente pequeno o número de casos de hérnia do núcleo pulposo diagnosticados em nosso meio, explica-se pela melhor organização dos serviços hospitalares estrangeiros e, também, porque para esses serviços são encaminhados todos os



# GLYCIRENAN "SILBE"

Preparação de Suprarenal para inalações,  
de ação rápida e segura para suprimir ou  
evitar um acesso de asma.

---



Para inalações medicamentosas  
(PENICILINA, STREPTOMICINA)  
bem como nos estados asmáticos

**o INALADOR "SILBE" TIPO 468**  
é seguro, economico e eficaz.

Modelos: portátil e eletricos para *Clinicas*

**Fabricantes: SILTEN LTD. — Londres**

**Distribuidores: Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.**  
**CAIXA POSTAL, 3127 — SÃO PAULO**

casos. Às vezes, é difícil mesmo a localização exata da hérnia; tive oportunidade de operar um caso com diagnóstico radiológico de hérnia entre L4-L5 e, na intervenção, foi verificado que a hérnia estava localizada entre L5-S1. Diante dos casos em que, clinicamente, há indicação operatória e nos quais a intervenção nada revela, penso que devemos, sempre, tentar um tratamento conservador. Os cirurgiões que operam sistematicamente os casos de hérnia do núcleo pulposo apresentam 60% de fracassos.

Dr. Roberto Melaragno Filho — Estou de acordo com o que disse o Dr. Orlando Pinto de Souza sobre a necessidade do tratamento conservador; só aconselhamos a intervenção para os casos agudos, com dores intensas. Quanto ao que foi dito pelo Dr. Silvio Forjaz, reconheço que o esquema que apresentei está sujeito a muitas variações. Também estou de acordo em que a menor dimensão dos espaços L5-S1 favorece a maior incidência do comprometimento dessas raízes. Quanto aos dermatomas,

penso que eles têm valor, mas o resultado de sua pesquisa depende muito do grau de cultura do paciente e, às vezes, é muito difícil estabelecer nitidamente os limites da hipoestesia. O abaixamento dos calcanhares durante a marcha com as pontas dos pés não é devido à dor ciática, mas à dor nos músculos da panturrilha.

Dr. A. Mattos Pimenta — Sou de opinião que as hérnias do núcleo pulposo constituem problema de ordem ortopédica e neurocirúrgica. Quanto ao maior número de casos observados em outros países, penso que isso seja devido à maior drenagem dos casos para os centros organizados e especializados. Quanto ao critério que adoto para considerar o ligamento amarelo como hipertrofiado, devo informar que se trata de um conceito todo pessoal, formado após numerosas intervenções nas quais me foi possível comparar a forma e a espessura desse ligamento em vários indivíduos. Quanto aos dermatomas, só em dois casos consegui a sua localização.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, em 10 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto

**Considerações sobre o tratamento cirúrgico da hipertrofia congênita do piloro.** — Dr. Marcílio Dias Ferraz — Os autores apresentaram 4 casos de estenose hipertrofica do piloro em lactantes, tratados cirurgicamente pela piloromiotomia, com 100% de êxito. Fazem um estudo da sintomatologia, etiologia e patologia, mostrando que se trata de afecção já perfeitamente estudada, com terapêutica bem provada nos seus resultados. Chamam a atenção para o fato de ser relativamente pouco conhecida em nosso meio; é afecção que não tem preferência racial. Na América do Norte, país no qual existe verdadeira mistura racial, o registro de estenose do piloro em recém-nascidos é enorme.

Dos seus casos, os autores apresentam documentação radiológica antes e depois, da intervenção de

Ramsted e Frede; antes da intervenção, uma estase gástrica bem piorada e, depois, da passagem do contraste pelo piloro nos primeiros 15 minutos; 5 horas depois, todo o bário estava nos colons. O trabalho foi também documentado com filme cinematográfico, mostrando a sintomatologia objetiva, estado geral do paciente, abaulamento supra-umbilical por distensão gástrica, ondas peristálticas gástricas visíveis através da parede abdominal; esquemas representando a anatomia da hipertrofia pilórica e os tempos nos quais se divide a intervenção; apresentação duma intervenção praticada em um dos pacientes, em todos os seus detalhes; curva de peso do mesmo paciente, demonstrativa do resultado obtido; estudo radiológico pós-operatório e os pacientes depois de operados e já curados.

Terminam citando estatísticas demonstrativas da melhora dos resultados com o tratamento cirúrgico, cuja percentagem de obituario desceu de 50%, antes de 1911, a 5,98% até 1925, a 0,98% em 1945 e 0% em 1948. As causas desse progresso residem no diagnóstico mais precoce e, portanto, entrega à cirurgia de paciente em melhor estado geral, ao aperfeiçoamento técnico, e, sobretudo, à melhor conduta no pré e pós-operatório à luz dos conhecimentos atuais.

Comentários: Dr. Auro Amorim — Tenho visto vários casos de hipertrofia do piloso e penso, também, que, se os casos relatados não são mais frequentes, isso se deve à deficiência diagnóstica e não à raridade da moléstia. Dos pacientes que operei somente três faleceram porque já eram casos muito avançados; em 5 casos houve perfuração da mucosa, sem maiores consequências. Emprego a anestesia pelo éter para não provocar vômitos. Geralmente, emprego transfusões de plasma para a melhor evolução dos casos. Também não verifiquei preferência racial.

Dr. Virgílio de Carvalho Pinto — Fêz bem o autor chamando a atenção para a raridade dos casos de hipertrofia do piloro assinalados em nosso meio. Não somente nos Estados Unidos, mas também na Argentina, esses casos são frequentes. Penso também que se trata de deficiência diagnóstica. No que respeita à etiologia, há um trabalho sueco cujo autor, examinando cerca de mil crianças, não encontrou caso algum de hipertrofia; no entanto, tempos depois, algumas destas crianças apresentaram-se com hipertrofia do piloro, concluindo o autor que a moléstia não é congênita.

Dr. Marcílio Dias Ferraz — O trabalho sueco referido pelo Dr. Virgílio de Carvalho Pinto visou estabelecer a possibilidade de um diagnóstico radiológico antes do aparecimento da sintomatologia objetiva da doença. Na Suécia foi verificado que há um caso de hi-

pertrofia do piloro em 250 crianças. O número de casos no Brasil deve ser, com toda a probabilidade, muito maior do que tem sido assinalado até aqui.

**Debridamento químico das queimaduras, pelo ácido pirúvico.** — Dr. Ary do Carmo Russo — O autor descreveu o método do ácido pirúvico, utilizado inicialmente por Connor e Harvey, em 1944. Consiste o método, em fazer curativos das áreas queimadas com uma pasta de ácido pirúvico em amido (ácido pirúvico c.p. a 7%, 1000 cc. e amido 80 grs.). Sua finalidade é a de apressar a delimitação do tecido necrosado (escara). Este processo foi empregado em 14 casos de queimaduras de 2.º e 3.º grau. O autor verificou que a delimitação completa da escara se dava, quase sempre, no 6.º dia após o início do emprego do método. A média do número de curativos necessários foi de 3. A eliminação do tecido necrosado se processava de modo completo, não havendo lesão do tecido são. Após a queda da escara, quando não sobrevinha infecção, o ferimento apresentava condições ótimas para o enxerto cutâneo. Não houve relação entre a precocidade com que se iniciaram os curativos e a demora na queda da escara.

A seguir, o autor discutiu o mecanismo de ação do ácido pirúvico, apresentando documentação fotográfica de seus casos, e concluiu: 1) é um método simples, pouco traumatizante e bastante sensível, favorecendo a delimitação do tecido necrosado, sem lesar o são; 2) pode e deve ser usado precocemente, a partir do 3.º dia após a queimadura; 3) torna possível um preparo mais rápido do ferimento e melhor combate à infecção. Estas condições, permitindo a utilização precoce de enxertos cutâneos, diminuem o tempo de cura da queimadura.

**Impressões do XIX Congresso Argentino de Cirurgia** — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto —

No dia 3 a 9 de outubro p.p. realizou-se, em Buenos Aires, o

XIX Congresso Argentino de Cirurgia, sob o patrocínio da Associação Argentina de Cirurgia. Coube a presidência do Congresso ao Dr. Oscar Cames, professor de Clínica Cirúrgica de Rosário, que, mantendo as suas sessões científicas em um elevado nível, soube também acumular grandes amabilidades a todos os presentes, particularmente a nós, que representávamos a Associação Paulista de Medicina, e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Três temas foram abordados no Congresso: 1) Tratamento cirúrgico da hipertensão arterial; 2) Anestesia intravenosa; 3) Tratamento da luxação congênita da coxa.

**Tratamento cirúrgico da hipertensão arterial** — Este tema foi abordado por dois relatores oficiais: o Dr. Braun Menendez, que estudou os fundamentos fisiopatológicos, e o Dr. Introzzi, que analisou as indicações, as técnicas e os resultados. O Dr. Braun Menendez, estudando os fundamentos fisiopatológicos deste grave problema médico-social, concluiu que as operações sobre o simpático não têm base teórica firme, pois nada ainda provou que a hipertensão se deve a uma vasoconstrição de origem nervosa localizada na zona esplâncica. Entretanto, a extirpação de segmentos do simpático está amplamente justificada por razões práticas: ela produz, pelo menos em certo número de casos, melhora dos enfermos hipertensos, o que não se consegue por outros métodos. Assim, a simpatectomia não necessita do apóio da teoria para justificar-se; mas, por ser um método empírico, deve-se estudar os seus efeitos com um critério científico. Terminou o autor propondo que a Associação Argentina de Cirurgia, com o concurso de outras associações de classe, organizasse um Comitê permanente para o estudo do tratamento cirúrgico da hipertensão arterial, de que participariam cirurgiões, cardiólogos, fisiólogos e outros especialistas. Só assim se evitariam discussões estéreis, realizando uma investigação com equipe e critério

uniforme, de modo a permitir conclusões definitivas.

O Dr. Anibal Introzzi estudou o problema, baseado em dados da literatura e em face de sua experiência de 103 casos operados no Instituto de Clínica Cirúrgica, dos quais 73 foram reexaminados e serviram de base para o seu relatório. Em um caso praticou a operação de Adson, em 38, a de Craig-Adson e em 53, a de Smithwick. Ao estudar a doença que ocasiona um número de mortes quatro vezes superior às produzidas pelo câncer, e é responsável por 23% das mortes dos enfermos que passam dos 50 anos, segundo Adson e Allen, o relator passou em revista os meios utilizados para a indicação do tratamento cirúrgico, comentou as indicações paliativas e descreveu as técnicas empregadas. Fazendo considerações sobre o valor das biópsias efetuadas durante a operação, salientou que a biópsia constitui elementos útil para estabelecer o prognóstico. Insistiu na necessidade de unificar e sistematizar as normas seguidas pelo Comitê de investigações sobre a hipertensão arterial, do Massachusetts General Hospital. Suas conclusões foram as seguintes: 1) Nos casos de hipertensão arterial essencial em pacientes com menos de 50 anos de idade, em que a enfermidade tem um curso de agravamento progressivo, não obstante o tratamento médico empregado, deve-se tentar o tratamento cirúrgico. 2) A indicação operatória será a resultante da consideração conjunta da idade do enfermo, o resultado da prova do animal sódico, do exame dos fundos oculares, do exame funcional do rim, do estado do coração e da evolução da enfermidade. 3) A insuficiência renal e a insuficiência cardíaca que não cedem à terapêutica médica constituem contra-indicações formais ao tratamento cirúrgico. 4) Nos casos em que a prova do amital sódico não determina queda da pressão diastólica abaixo de 120 mm. de mercúrio, as probabilidades de êxito do tratamento cirúrgico com referência à pressão arterial, seriam

# FLAVONIL

Drágeas

**Associação das VITAMINAS**

**P (Rutina)**  
**C (Ácido ascórbico)**  
**K (Menadonial)**

*Fórmula por drágea:*

VITAMINA P (Rutina) . . . . .	0,030 g
VITAMINA C (Ácido ascórbico) . . . . .	0,050 g
VITAMINA K (Menadiona) . . . . .	0,001 g
CARBONATO DE CÁLCIO . . . . . q. s. para . . .	0,330 g

*Indicações:* Fragilidade capilar. Estados hemorrágicos. Tratamento pré e post-operatório.

*Modo de usar:* 3 a 4 drágeas ao dia, podendo, a critério médico, chegar a 8 drágeas diárias.

*Apresentação:* Vidro com 24 drágeas.

Embalagem hospitalar com 100 drágeas.

**LABORATÓRIO XAVIER**  
**JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.**

Rua Tamandaré, 553 — Caixa Postal 3331 — Tel. 3-4139 — São Paulo

*Consultores Científicos:*

**Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro**  
**Prof. Dr. Genésio Pacheco**

*Depósitos:*

Rio de Janeiro — Rua da Quitanda, 163  
Belo Horizonte — Rua Goitacases, 61  
Porto Alegre — Rua Dr. Flores, 458

Representantes nos demais Estados.

inferiores a 20%. 5) A hipertensão arterial maligna nos jovens constitui a indicação mais forma do tratamento cirúrgico. 6) As operações elas, a técnica de Smithwick (T9 de resecções toracolombares, entre a L2), são as mais eficientes. 7) Em uma proporção aproximada de 25% dos casos foi obtida uma redução da pressão arterial para Mx 150 e Mn. 110 mm. de mercúrio, mantida por um período de observação de três anos, com a operação de Smithwick; estes resultados foram obtidos em doentes não selecionados. 8) A influência do tratamento cirúrgico (técnica de Smithwick) sobre as alterações renais é um dos seus efeitos mais constantes: notaram-se modificações favoráveis no sedimento urinário (73,68% dos casos) e na albuminúria (76,19% dos casos). 9) As operações de denervação simpática efetuadas para o tratamento cirúrgico da hipertensão arterial, têm alguns efeitos secundários, entre os quais destaca-se a falta de ejaculação, em uma proporção de enfermos que varia entre 12 a 50%, segundo as estatísticas. 10) A avaliação do resultado do tratamento cirúrgico, em comparação com o tratamento médico, não tem sido feita em grande escala. Os resultados publicados até agora mostram que o tratamento cirúrgico, efetuado em grupo de enfermos não selecionados, tem eficácia duas vezes superior ao melhor e mais rigoroso dos tratamentos médicos.

**Anestesia intravenosa** — O relator do tema, Dr. José Delorme, apresentou o seu estudo, baseado na sua experiência própria, constante de 3.629 anestésias, e em dados da literatura, tendo, além disso, feito um inquérito na América Latina, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, enviando um questionário a 223 especialistas. Sintetizando as conclusões deste inquérito, verificou que: o Pentotal sódico é o anestésico de eleição para a anestesia venosa; a maioria (51%) a usa unicamente em indução ou em operações curtas; uma boa porcentagem (17%) a

emprega em quase toda a cirurgia; 12% a utilizam por exceção. A mortalidade produzida por este tipo de anestesia se encontra praticamente à altura dos demais anestésicos e a maioria acredita que esta anestesia terá ainda maior emprego no futuro. O relator fez considerações gerais sobre a anestesia intravenosa e estudou os anestésicos não barbitúricos, os barbituratos e as drogas curarizadoras. Suas conclusões foram as seguintes: 1) Todos os agentes anestésicos foram experimentados por via intravenosa. Dos pertencentes ao grupo dos não barbitúricos, a maioria foi abandonada: somente têm aplicação o álcool, a avertina, a novocaína e o ópio. 2) O álcool, usado em solução a 30% em soro glicosado, tem o inconveniente de lesar o rim em grande proporção de casos; entretanto, dada a simplicidade dos elementos necessários, pode ser útil em um meio desprovido de outros anestésicos. 3) A novocaína como anestésico a 1 ou 2 por mil é inferior à morfina, mas é útil quando não se quer deprimir o enfermo e se necessita contar com todos seus reflexos em atividade. Como anestésico local intravenoso tem sido substituída pelos barbitúricos ou pela anestesia por refrigeração. Em compensação, para o tratamento das queimaduras, é possivelmente o anestésico preferível. Em clínica médica, as suas indicações crescem dia a dia. 4) Do ópio, o alcalóide mais utilizado é a morfina. Seu emprego como analgésico e medicamento pré-anestésico, é insubstituível. No diagnóstico do abdome agudo, a morfina intravenosa é um auxiliar valioso, que pode permitir esclarecimentos. 5) Dos derivados do ácido barbitúrico, são os barbituratos os que se impuseram, e entre eles o mais importante é o Pentotal sódico. O Kenital é um tiobarbiturato novo que, embora não suficientemente experimentado, deprime menos os centros respiratórios e origina menos laringospasmo que o Pentotal. 6) Cercado de todas as garantias — anestésista e instrumental — o

Pento-  
tão s-  
tando  
o ma-  
droga  
pleme  
quer  
Com  
"Anes-  
tamos  
Pento-  
rindo  
trabal-  
ção  
Paulis-  
março  
crian-  
métod-  
máscu-  
tesia  
gases  
ce pr-  
obrig-  
de ar-  
em  
mento  
rável  
adult-  
agent-  
ço de  
Em  
bora-  
estud-  
pelo  
na su-  
de ic-  
na g-  
domi-  
A di-  
por  
vou  
to p-  
lução  
óssea  
Neste  
via o  
gico  
res  
quer  
Tam-  
cos  
dos  
teom-  
cação  
eletr-  
algu-  
anes-  
fação  
nada

Pentotal sódico é um anestésico tão seguro como os outros. Faltando um só destes elementos, é o mais perigoso de todos. 7) As drogas curarizadoras são um complemento valiosíssimo para qualquer anestesia geral.

Como contribuição ao tema "Anestesia intravenosa", apresentamos nossa experiência com o Pentotal sódico em crianças, referindo os 150 casos reunidos em trabalho que apresentamos à Seção de Pediatria da Associação Paulista de Medicina, em 12 de março de 1947. "A anestesia da criança, quer seja pelo clássico método do éter gôta a gôta em máscara aberta, quer seja a anestesia loco-regional, ou ainda por gases em circuito fechado, oferece problemas e perigos, o que nos obriga a estudar novos métodos de anestesia que possam ser úteis em cirurgia infantil. Estes argumentos e nossa experiência favorável com o Pentotal sódico em adultos, nos levaram a utilizar este agente anestésico em nosso Serviço de Cirurgia Infantil.

Em 1947, publicamos, em colaboração com o Dr. Wilhena, um estudo baseado em 150 anestésias pelo pentotal sódico em crianças, na sua maioria entre 3 e 10 anos de idade. As intervenções foram, na grande maioria dos casos, abdominais (apendicites e hérnias). A dificuldade da punção venosa, por vezes muito grande, nos levou a praticar, nas crianças muito pequenas, a introdução da solução anestésica por via medular óssea, no 1/3 superior da tibia. Nestes casos de introdução por via osteomielica, o estudo radiológico da tibia em períodos ulteriores à injeção não revelou qualquer processo de reação óssea. Também os exames hemocitológicos feitos nos pacientes anestesiados por via venosa ou por via osteomielica, não revelaram modificações dignas de nota. Os exames eletrocardiográficos realizados em alguns casos, durante e após a anestesia, não apresentaram alterações que pudessem ser relacionadas com o agente anestésico.

Não tivemos nenhum caso de acidente grave. Esta nossa experiência permitiu as seguintes conclusões: 1) A anestesia pelo Pentotal sódico por via intravenosa, feita de acordo com os preceitos da técnica, constituiu um método anestésico útil e eficiente para as crianças. 2) É indispensável que a anestesia seja feita por pessoa habilitada e que tenha experiência. 3) O Pentotal sódico apresenta, nas crianças, as mesmas contra-indicações gerais do adulto. 4) O material a ser utilizado é simples. O uso da válvula de três vias é útil, tornando possível a administração simultânea de outros fluidos com soro e sangue. 5) A solução recente a 2,5% é praticamente inofensiva para o endotélio vascular da criança, e não causou maior complicação quando houve pequeno e involuntário extravasamento. 6) A dose a ser injetada varia dentro de limites amplos, mesmo em crianças de idade e peso iguais, não sendo possível estabelecer dose-padrão. É preciso manter a anestesia em nível ótimo, com ampla margem de segurança, pela lenta e intermitente administração da solução. 7) A fase de indução foi sempre rápida e principalmente tranquila".

#### **Tratamento da luxação congênita da coxa**

— Este tema foi considerado sob dois aspectos: a primeira infância e na segunda infância e adultos. Na primeira infância, o tema foi relatado pelo Dr. Salvati, que, baseado em 400 observações do Serviço de Cirurgia e Ortopedia da Casa Cuña, estudou os diversos aspectos do tratamento incruento da luxação da coxa da criança até cinco anos de idade. O tratamento da luxação congênita da coxa na segunda infância, adolescência e adultos foi relatado pelos Drs. Rivarola e Piqué, baseados em experiência adquirida em mais de 20 anos no Hospital de Niños. Estes autores apresentaram detalhado estudo dos diversos métodos operatórios que devem ser instituídos, de acordo com a idade do paciente e do tipo anátomo-patológico da luxação.



## SECÇÃO DE CIRURGIA, em 2 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto

**Aneurisma varicoso da veia pudenda externa esquerda, pós-flebite puerperal, simulando hérnia crural** — Dr. Gideon de Oliveira — Antes de apresentar a sua observação pessoal, o autor estudou, de modo geral, a etiopatogenia das flebites, salientando também as várias teorias que visam interpretá-las. Analisando umas e outras, o autor concluiu que se deve adotar um critério eclético em face das flebites, porquanto a sua etiopatogenia é complexa, envolvendo, desde o fator predisposição hereditária (typus embolicus de Rehn), até fatores de ordem anatómica, mecânica, fisicoquímica, infecciosa, alteração endotélio-sangue, etc. Segundo as estatísticas, a flebite do membro inferior é mais requente no sexo feminino do que no masculino. Para o autor isto seria decorrente, ou favorecido, pela vascularização pélvica mais complexa e mais intensa naquele que neste.

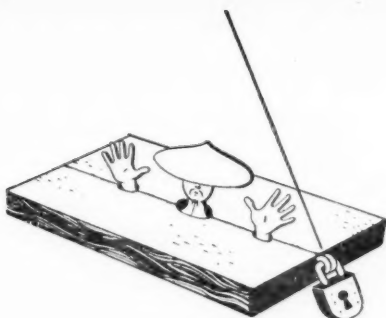
No sexo feminino as gestantes e parturientes são mais suscetíveis à flebite em razão das manobras e traumas obstétricos a que estão sujeitas, inclusive a estase e congestão veno-arterial do membro inferior, determinada pela compressão pélvica do útero grávido. O membro inferior esquerdo é o mais afetado pela flebite, em consequência do seu trajeto venoso (v. ilíaca) ser mais longo, oblíquo, e a circulação venosa mais retardada à esquerda que à direita; e, nas gestantes, a maior frequência é das posições occípito-ilíacas esquerdas, segundo Ramon. Depois da flebite das gestantes, nas ocorrências pélvi-abdominais segue-lhe em incidência a flebite consequente à apendicite aguda (complicação), na proporção de pouco mais de 1% (Haward 1,14%, Treves 1,1%, Giordano 1%).

Observação: I. G., 21 anos, casada, branca, com padecimento crônico intestinal e apendicite (períodos de diarreia alternando-se com períodos de obstipação, crises do-

lorosas com fases de acalmia, etc.); há 4 anos apresenta uma formação tumoral na região crural esquerda, que surgiu após flebite alta da perna homóloga, como complicação decorrente de febre puerperal após um aborto espontâneo de 8 meses. O referido tumor fora diagnosticado como tórnia crural por dois facultativos. No exame clínico o autor comprovou apendicite crônica (fase subaguda) e, mediante técnica especial, verificou que o tumor crural era devido, na realidade, a uma grande variz saculiforme menor que um ovo de galinha, mascarada pela adiposidade da raiz da coxa, que atingia o seu maior volume na posição erecta e ao esforço, com engurgitamento respectivo do plexo venoso suprapúbico, acusando varicosidade gigante. Em decúbito dorsal, o tumor varicoso e as demais varizes desapareciam. Com os diagnósticos de aneurisma venoso da região crural e apendicite crônica, a paciente foi operada.

Durante o ato cirúrgico, o autor verificou que o aneurisma estava situado na veia pudenda superior externa, para a qual confluíam ramos venosos suprapúbicos, a veia epigástrica, etc., e que desembocava isoladamente na veia femoral, pouco acima da fossa oval. O autor procedeu à exereses do aneurisma e das veias suprapúbicas comprometidas, confluentes da pudenda externa superior, tendo feito previamente a ligadura definitiva desta a 1 cm. de sua desembocadura na femoral. A apendicectomia foi realizada no segundo tempo. Pós-operatório normal. Cura completa dos padecimentos cirúrgicos.

O autor discorreu sobre as anomalias mais frequentes e excepcionais da veia femoral e suas tributárias, de uma modo geral, fazendo referência ao fato de que as veias de trajeto anômalo são as mais comprometidas por processo flebítico, como ocorreu, p. ex., no



# LITHIODINA B

Lithiodina + Neovix B<sub>1</sub>

LITHIODINA, contendo iodeto de lítio que goza de propriedades antiálgicas e anti-reumáticas, não apresenta fenômenos de iodismo.

NEOVIX B<sub>1</sub>. As investigações modernas confirmam, de maneira incontestável, a ação antinevrítica da vitamina B<sub>1</sub> (aneurina).

LITHIODINA B reúne em sua fórmula a ação sinérgica dos iodetos e da vitamina B<sub>1</sub>.

Caixas com 4 ampolas de 5 cm<sup>3</sup> de LITHIODINA e 4 ampolas de 1 cm<sup>3</sup> de NEOVIX B<sub>1</sub> 10 mg., contendo 0,010 g de vitamina B<sub>1</sub> (aneurina) por ampola.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.  
RIO DE JANEIRO

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

seu caso, aliás, um caso raro na literatura médica pela situação do aneurisma na veia pudenda externa, e que, por ser mascarado pelo tecido adiposo subcutâneo, simulou hérnia crural. O autor considerou também a hidrodinâmica circulatória venosa e a importância do mecanismo valvular, e referiu-se à propagação do processo flebitico por via linfática (via metastática de Irgazabal), por via exógena (pelos vasa vasorum) e por via endoflebica, salientando a importância da via exógena e da via linfática.

O autor procurou estabelecer o diagnóstico diferencial entre aneurisma varicoso da região crural e hérnia crural, e salientou a dificuldade que encontra o cirurgião para o diagnóstico exato de uma variz saculiforme do cado da safena, ou de outra veia da circunvizinhança, quando o doente é obeso, particularmente durante o climério feminino, quando a palpação e a inspecção não podem dar detalhes precisos, e ainda mais se houver associação de aneurisma venoso e de hérnia crural. Foram abordadas as diversas variedades de hérnias crurais e os métodos semiológicos mais adequados para surpreendê-las, inclusive a auscultação por meio do estetoscópio que, para Pallestrini, tem grande valor, correspondendo o frêmito, em caso positivo, ao deslocamento da viscera herniada. Para Morone, o sinal de Pallestrini não é específico, mormente nas hérnias encarceradas e quando ruidos outros podem determinar interpretação falsa, mesmo porque o ato de tossir, aumentando a pressão intra-abdominal, aumenta também a onda líquida através dos vasos sanguíneos, podendo-se surpreender frêmito inespecífico por esta razão. Na dúvida, se há concomitância ou não de hérnia e aneurisma venoso crural, a flebografia, segundo a técnica preconizada por Martorell, é recurso semiológico de grande valor. Se há comprometimento varicoso da safena magna, a prova de Trendelenburg, ou suas congêneres, facilitam o diagnóstico. No

caso apresentado, a prova de Trendelenburg foi negativa, e isto porque a safena magna era suficiente, e a varicosidade interessava a veia pudenda externa superior e suas tributárias suprapúbicas, desembocando aquela isoladamente na veia femural. Só o ato cirúrgico é que permitiu esclarecer com exatidão o vaso venoso afetado pelo aneurisma. Na literatura médica nacional e internacional o autor não encontrou referência a caso idêntico ao seu.

**Comentários:** Dr. Mário Fanganelo — O autor foi muito cuidadoso na anamnese, o que orientou praticamente o diagnóstico. O Dr. Gideon de Oliveira citou vários autores antigos em matéria de flebite. Hoje esse assunto está praticamente resolvido pelas escolas de Boston e pela escola sueca, que só discutem a questão do tratamento, se deve ser cirúrgico ou conservador. Pergunto se esse doente não teria uma malformação anatômica local, predispondo a esse tipo de deformação e porque não foi feita uma laparotomia mediana ginecológica. O caso apresentado é um caso muito feliz de flegmatia alba dolens, que pode dar complicações muito mais graves.

Dr. Gideon de Oliveira — Na ocasião, a paciente nada apresentava de ginecológica.

**Orientação no tratamento cirúrgico das cicatrizes retráteis do pescoço** — Drs. Paulo Correia e Darcy de Freitas Velutini — Os autores discutiram os diversos métodos de tratamento cirúrgico das cicatrizes retráteis do pescoço. Em face de cada caso, o cirurgião deve optar pelo método de escolha. Os métodos preferidos são a plástica em Z, o enxerto intermediário livre e o enxerto tubular. As plásticas em Z são indicadas nas cicatrizes sob forma de bridas isoladas. Os enxertos intermediários livres e os enxertos tubulares são indicados nas cicatrizes retráteis do pescoço mais extensas e profundas. Os enxertos intermediários livres (obtidos com o dermatomo de Padgett) apresentam 1

vantagem de exigirem menor número de operações e de conservarem com maior rigor o perfil do pescoço.

Os autores apresentam 5 casos

de cicatrizes retráteis do pescoço, conseqüentes a queimaduras, e nos quais foram empregados os 3 métodos acima, quer isoladamente, quer associados no mesmo caso.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, em 10 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto

**Sôbre o emprêgo terapêutico das mostardas nitrogenadas** — Dr. João de Lorenzo. O autor mostrou o interesse e o valor que apresentam as mostardas nitrogenadas em terapêutica, em muitos casos de moléstias malignas do sistema linfóide, nas quais os recursos terapêuticos já se tenham esgotado. Fêz um estudo histórico da droga, cujo emprêgo data da guerra de 1939 e deriva do conhecimento que se tem da ação inibidora dessa droga sôbre as mitoses. Os primeiros autores a empregá-la foram Gelman e Goodman em 1942, em doentes com neoplasias avançadas, podendo notar depressão da massa tumoral em um caso de linfossarcoma. O autor citou todos os trabalhos publicados a respeito e que, de maneira geral, concluem igualmente, isto é, melhores resultados em mal de Hodgkin e, a seguir, no linfossarcoma. O resultado nas leucemias crônicas são comparáveis aos do fósforo radioativo, e melhores nos mielocíticos crônicos. O autor descreveu a técnica de preparação da droga, deu sua dosagem e o modo de administração e os efeitos tóxicos imediatos e tardios. Depois, tratou com detalhes de sua ação sôbre os elementos hemopoéticos, chamando a atenção sôbre a leucopenia que segue ao seu emprêgo e que pode evoluir para agranulocitose. Mostrou que a dose medi-

camentosa e a dose tóxica são muito próximas e que a leucopenia não se influencia para melhor pelos meios terapêuticos habituais, nem mesmo com as transfusões. A regeneração dos leucócitos é espontânea e se dá entre 2 e 4 semanas. Citou os resultados pessoais em 3 casos de mal de Hodgkin e 3 de linfossarcoma, mostrando, em diapositivos e em um filme, a regressão verdadeiramente dramática do tumor em um caso de linfossarcoma; mostrou também o efeito benéfico da mostarda nitrogenada em um caso de mal de Hodgkin já em período terminal e no qual já haviam sido feitas 126 aplicações de rádio durante 1 ano, num total de 27.950 r. Com o emprêgo da droga o doente aumentou 20 kgs. no peso e todos os sintomas da doença (febre, mal-estar e insônia) desapareceram, voltando também a sua potência sexual, que havia desaparecido. Outro caso de linfossarcoma melhorou, regredindo o tumor de 50%, em 24 horas, e de 90%, em 72 horas. Mostrou também os casos de agranulocitose pela ação da droga, citando um caso fatal, o qual, apesar de serem transfundidos 6 litros de sangue em 15 dias e do emprêgo de penicilina em doses altíssimas, veio a falecer. Concluindo, o autor chamou a atenção para o fato do emprêgo da mostarda nitrogenada se achar ainda em fase experimental.

#### SECÇÃO DE PATOLOGIA, em 18 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Carlos da Silva Lacaz

**O fator Rh como causa de natimortalidade e neonatimortalidade** — Drs. Carlos da Silva Lacaz e Humberto Costa Ferreira. — Há

alguns anos, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Departamento de Microbiologia e Imunologia), vimos estu-

dando, com a colaboração de diversos obstetras e pediatras, o problema da infertilidade em relação ao fator Rh. Conseguimos, até o presente, estudar, à luz desse novo aglutinógeno sanguíneo, 300 casais, cujas mulheres apresentam história obstétrica de abortamentos, natimortos, neonatimortos, fetos macerados, partos prematuros ou crianças afetadas por uma das três formas clássicas de anemia hemolítica congênita". Nossa casuística é bastante elevada e isto se deve ao fato de termos organizado um serviço especial para onde eram enviados grande número de casais inférteis.

Muito raramente, a eritroblastose constitui causa de nati e neonatimortalidade. No entanto, essa afecção tem sido hoje exaustivamente estudada sob múltiplos aspectos e podemos dizer que, com o conhecimento exato do fator Rh e de seus subgrupos, conseguimos explicar satisfatoriamente a etiopatogenia da grande maioria dos casos de "anemia hemolítica congênita".

Inicialmente, nossas pesquisas se restringiam à determinação do fator Rh do casal infértil, feita exclusivamente com um soro anti-Rh padrão (soro anti-D), recebido dos Estados Unidos. A medida que nossos conhecimentos sobre o assunto se iam ampliando, começamos a padronizar os nossos exames dentro do seguinte plano, que vem sendo executado na grande maioria dos casos: 2 — Determinação dos grupos sanguíneos do sistema A-B-O; 2 — Determinação, nos casos mais interessantes, dos fatores M-N; 3 — Determinação do subgrupo do fator Rh, com o auxílio dos séros anti-D, anti-C e anti-E; 4 — Determinação do genótipo do marido, graças ao soro anti-Hr' (anti-e); 5 — Verificação e titulação periódica dos anticorpos Rh no soro de mulheres Rh negativas (pesquisa de aglutininas e dos anti-corpos bloqueadores); 6 — Verificação do fenômeno do bloqueio das hemácias do recém-nascido suspeito de ter eritroblastose; 7 — Exame hematológico do

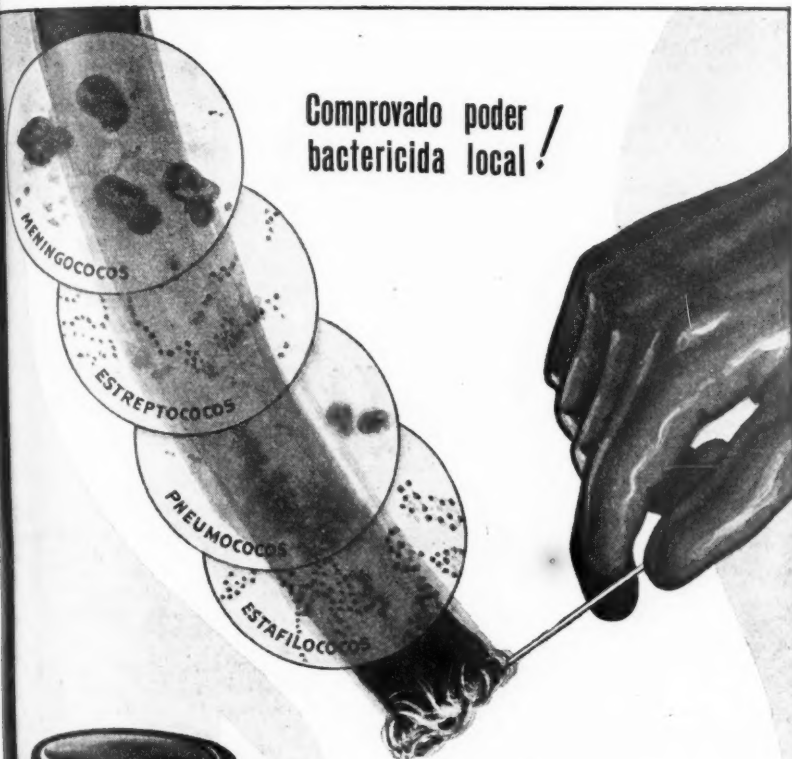
recém-nascido; 8 — Titulação das iso-hemoaglutininas naturais anti-A e anti-B no soro de mulheres que apresentam possibilidade de prenhez hetero-específica; 9 — Exame anátomo-patológico, quando possível.

Podemos resumir os achados, da seguinte maneira:

1) **Casais nos quais o fator Rh teve participação etiológica bem definida nos acidentes gestatórios (30 casos).** Neste grupo, incluímos um grupo de casais, nos quais estava presente o binômio marido Rh positivo e esposa Rh negativa; além disso, demonstramos, na grande maioria dos casos, fenômenos de isossensibilização materna; o quadro hematológico era sugestivo de eritroblastose nos casos examinados ou então a histopatologia confirmou os achados sorológicos. Julgamos que todos esses dados devem ser analisados em conjunto para se firmar o diagnóstico seguro de eritroblastose. Todos os dados de maior interesse obtidos com esses 30 casos de eritroblastose foram anotados. Assim, anotamos o Rh do pai, da mãe e do recém-nascido ou do natimorto, número de gestações normais anteriores, abortamentos, natimortos, neonatimortos, recém-nascidos anátomo-patológicos e a questão referente a uma possível sensibilização materna e transfusões sanguíneas. Verificamos que, dos 30 casos estudados, 29 eram Rh negativas, não tendo sido possível a determinação do fator Rh apenas de uma mulher, que pressupomos ser também Rh negativa, em vista dos achados sorológicos (pesquisa de aglutininas Rh positiva no soro materno). Em três casos, verificamos que a isossensibilização materna tinha ocorrido por transfusões de sangue Rh positivo, fato este que deve estar presente no espírito do transfusionista e do obstetra, impedindo que toda a mulher, qualquer que seja o período de sua vida, se submeta a uma transfusão, sem a determinação prévia do fator Rh. Em um dos casos tivemos a sorte de acompanhar um caso de prenhez gene-



**Comprovado poder  
bactericida local !**



**SULFA + MERCUCROMO**

**Ação antiséptica prolongada  
SEM IRRITABILIDADE!**



**Direção Científica: Far. FAUSTO SPINA**  
**Secção de Propaganda**  
**PARQUE D. PEDRO II, 870-878**  
**Tel. 3-5916 (Rêde interna)**  
**SÃO PAULO**





lar bivitelina, na qual um dos fetos, Rh positivo, nasceu com eritroblastose, enquanto que o outro, Rh negativo, sobreviveu, sem manifestação alguma de anemia hemolítica. Esta observação, muito rara, somada a outras da literatura, constitui um documento a mais, comprovante da real participação do fator Rh na etiopatogenia da eritroblastose fetal.

**II) Casais nos quais estava presente o binômio pai Rh positivo, mãe Rh negativa, com ausência de isossensibilização materna (testes de aglutinação e de bloqueio).** Esses casos foram por nós subdivididos em: A — Primigestas com filhos Rh positivos e normais (5). Em tais casos, as mães eram Rh negativas, não referido história anterior de transfusões. Como sabemos, raríssimos são os casos de mulheres Rh negativas que se sensibilizam ou se imunizam na primeira gestação. B — Secundíparas, com filhos Rh positivos e normais (3). Esses casos, no decurso da segunda gravidez, foram tratados, como os do item A, com doses elevadas de vitamina C e em dois casos, apesar de não termos verificado fenômenos de isossensibilização materna, empregamos também o Allergozyl, que, diga-se de passagem, falhou completamente como medicação dessensibilizante em um caso de mulher Rh negativa com elevado teor de anticorpos bloqueadores e de aglutininas no soro. C — Primíparas ou multiparas, com filhos Rh negativos (3). Nesses casos, o marido era heterozigoto (Rhrh) e nasceram filhos Rh negativos, livres de eritroblastose. D — Mães com história obstétrica de abortamentos, natimortos, e neonatimortos e que depois tiveram filhos normais (9). Aqui, desejamos esclarecer sobre o seguinte aspecto da questão: não podemos provar que a história obstétrica anterior tivesse corrido por conta do fator Rh, apenas porque a mulher era Rh negativo e o marido Rh positivo; no entanto, também não podemos excluir de todo essa participação. Não havíamos demonstrado isossensibili-

zação materna e resolvemos instituir a medicação pela vitamina C e vitamina E, tendo nascido, dessas 9 mães Rh negativas, crianças Rh positivas normais (com exames hematológicos seriados, normais). E — Multiparas, com história de abortamentos, natimortos e neonatimortos (46). Neste grupo, incluímos 46 mulheres Rh negativas, casadas com indivíduos Rh positivos, homo ou heterozigotos e nos quais não pudemos demonstrar o papel do fator Rh como causa de infertilidade. Com efeito, essas mulheres nos procuraram muito tempo depois dos acidentes gestatórios, sendo esta uma das razões pelas quais não demonstramos a presença de possíveis anticorpos Rh. Não podemos, porém, excluir totalmente a participação do fator Rh, como causa dos referidos acidentes, no presente grupo. Como não temos elementos seguros para julgarmos da participação do fator Rh nesses casos, apesar dasi mulheres serem Rh negativas, os incluímos no presente grupo.

**III) Casais nos quais o fator Rh pôde ser excluído como causa dos acidentes gestatórios (211).**

**IV) Casos de eritroblastose atestados anátomo-patologicamente sem etiologia esclarecida (2).** Nestes dois casos, não afastamos a possibilidade da intervenção do fator Hr ou de um sub-grupo do fator Rh. Foram esses dois casos observados logo no início de nossos trabalhos, quando ainda não tínhamos soros para a determinação do fator Hr ou dos subgrupos de Rh.

Verifica-se, pela estatística apresentada, que a eritroblastose não deixa de ter seu interesse quando se estudam as diversas causas da nati e neonatimortalidade. No entanto, conforme já afirmamos anteriormente, justifica-se que esta nossa estatística seja numerosa, porque trabalhamos em um serviço especializado, para onde são drenados e estudados casais inférteis que já se submeteram a numerosos exames e desejam verifi-



car uma possível participação do fator Rh como causa dos acidentes gestatórios. Dada a facilidade de sua execução, julgamos que as determinações dos tipos sanguíneos e do fator Rh se deveriam tornar exames de rotina quando se pro-

cure verificar as causas de infertilidade. É possível que, dentro em pouco tempo, o problema fundamental da dessensibilização de mães Rh negativas seja resolvido, possibilitando gestações normais a essas mulheres.

SECÇÃO DE MEDICINA, em 20 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Luis Decourt

**Aspectos clínicos da cardiopatia reumática crônica** — Dr. Reynaldo Chiavarini. — 1) De um total de 466 cardiopatas crônicos, adultos, de sexo masculino, internados em duas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, foram diagnosticados 67 casos de cardiopatia reumática crônica (14,3%): em 13 destes casos foi praticada a necrópsia, que confirmou e, por vezes completou, o diagnóstico clínico.

2) Dêstes 67 pacientes portadores de cardiopatia reumática crônica, 46 (60%) relatavam algum passado reumático articular que, em 33 casos, era típico e, nos restantes, atípico. Em 21 pacientes (31%) não foi possível estabelecer-se qualquer passado reumático articular, se bem que 4 dêles se tivessem internado justamente devido a uma poliartrite aguda febril; em três pacientes a primeira manifestação reumática foi a coréia, invariavelmente seguida de comprometimento articular.

3) Dos 45 casos em que pôde ser estabelecida a idade da primeira manifestação reumática relatada pelo paciente, era esta em média de 19 anos, indo de 6 a 25 anos, em 36 casos, e além de 25 anos, nos 9 casos restantes.

4) A idade média do aparecimento da insuficiência cardíaca em 57 pacientes era de 31,7 anos, sendo raros os casos em que ela sobrevinha nos primeiros dois decênios (16%) e mais comuns os casos em que ela sobrevinha entre 21 e 35 anos (45%).

5) Relacionando-se a idade do aparecimento da insuficiência cardíaca como a idade em que ocor-

reu a primeira manifestação reconhecidamente reumática, verificou-se que, ao passo que em um terço dos doentes a insuficiência cardíaca se desencadeava já no primeiro quinquênio do decurso global da doença, em um terço dos mesmos a insuficiência cardíaca só vinha a aparecer decorridos mais de 20 anos da primeira manifestação reumática. Na presente série de casos não foram encontrados elementos capazes de explicar tão grande disparidade no decurso evolutivo global do reumatismo cardíaco-articular.

6) Em 57,5% dos casos diagnosticou-se valvulite mitral, ativa ou inativa no momento do exame, mas com deformidade (estenose ou insuficiência) valvular, sendo que, em alguns destes casos, havia, ademais, sinais eletrocardiográficos de comprometimento miocárdico. Em 18% dos casos diagnosticou-se valvulite aórtico-mitral. Em 6% diagnosticou-se miocardite, sem associação de lesão orovalvular. Os critérios usados para êsses diversos diagnósticos estruturais foram discutidos.

7) Constataram-se as seguintes associações mórbidas cardíacas mais freqüentes: com a cardiopatia hipertensiva (geralmente por glomerulonefrite) em 8 casos; e com provável arteriosclerose coronária em 4 casos. Em um caso havia concomitância de reumatismo e esquizotrifanossomose, aquele responsável por lesões orovalvulares e esta eventualmente responsável pela miocardite.

8) Foram complicações mais comuns da cardiopatia reumática a endocardite bacteriana e as em-

bolias. Dos 4 casos de embolia constatados, três ocorreram em mitrais com fibrilação auricular não tratada pela quinidina, sendo que, em dois casos, no decurso de digitalização.

9) A fibrilação auricular foi registrada em 25% dos casos, todos eles, com exceção de dois, mitrais ou mitro-aórticos. Em dois casos havia aparentemente apenas lesão aórtica, todavia associada a hipertireoidismo em um caso e a arteriosclerose coronária no segundo caso.

Comentários: — Dr. Bernardino Tranchesi: Peço informações sobre os dados necroscópicos dos casos apresentados, principalmente no que diz respeito às lesões pulmonares e hepáticas. Considero como de grande interesse a diversidade de evolução dos casos e aproveito a oportunidade para citar o exemplo de um paciente que, embora com bloqueio de ramo, é exímio jogador de tênis. Um trabalho americano procura esclarecer a diversidade de evolução, que seria uma dependência direta do maior comprometimento miocárdico. Assim, os pacientes que apresentam lesões exclusivas ou principalmente valvulares, podem ter boa capacidade de reserva, ao passo que aqueles com maior comprometimento do miocárdio têm sobrevida muito menor.

Dr. Horácio Kneese de Mello: Pergunto se o autor notou alguma diferença na gravidade dos casos, conforme se tratasse de indivíduos com antecedentes corréicos ou artríticos. Peço maiores esclarecimentos sobre o critério adotado para o diagnóstico da miocardite reumática.

Dr. Luis Décourt: Julgo também que o problema da miocardite é importante. Porque às vezes, encontramos apenas lesões valvulares e, outras, lesões valvulares e miocárdicas? Esse é um ponto difícil de se resolver, cuja solução talvez esteja no insolamento, hoje feito, das substâncias GS e G, que reagem diferentemente aos tecidos vivos.

Dr. Reynaldo Chiaverini: Nos dados necroscópicos nada temos referente aos pulmões e ao fígado, talvez porque o anátomo-patologista não estivesse com a atenção voltada para esse lado. Num dos laudos, entretanto, foi descrita uma pneumonia reumática. Quanto à evolução diversa dos casos, é realmente um ponto muito interessante. Infelizmente, não conheço o trabalho referido pelo Dr. Tranchesi e gostaria de ter oportunidade de compulsá-lo, pois não encontrei nenhuma referência e essa questão em toda a bibliografia que consultei. Os autores falam na diversidade de evolução e procuram explicá-la por um maior ou menor comprometimento miocárdico. Creio que o problema não é tão simples. Só o comprometimento do miocárdio não explicaria a evolução diferente. Tenho observado casos de comprometimento miocárdico sério, sem ocorrência precoce da insuficiência cardíaca. É possível que futuramente sejam identificados vários tipos de reumatismo, como já aconteceu com a pneumonia. Parece certo que todos os casos dependem do primeiro ataque reumático, mas não sabemos como isso se dá. Quanto à primeira pergunta do Dr. Horácio Kneese de Mello, não posso informar com o material de que disponho; como chamei a atenção, em 4 casos o primeiro antecedente foi a coréia, mas em todos eles ela foi seguida de manifestações articulares. Quanto ao diagnóstico de miocardite, tomei como critério fundamental, arbitrariamente, a presença de alterações eletrocardiográficas diante de um típico passado reumático. Reconheço as dificuldades do diagnóstico e acho que ele deve ser feito com muita precaução, fazendo-se a exclusão de outras causas de miocardite.

**Alguns aspectos da cardiologia no México** — Dr. Italo Domingos Le Voci — O autor se referiu, de um modo geral, à organização do Instituto Nacional de Cardiologia do México e alguns dos principais trabalhos que vêm sendo realizados nos seus diferentes Departamen-

# GADUSAN

*Antitoxico da tuberculose*

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante do tuberculoso.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO  
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



tos. Ressaltou a importância e a repercussão que advém para a cardiografia internacional da fundação desse Instituto, que faz parte de um grandioso projeto de construção de grandes hospitais para as diferentes especialidades, constituindo o chamado "Centro Médico de México" e que é expressão do progresso da medicina naquele país. Como resultado de sua fundação e com o trabalho realizado pelo seu diretor, o cardiologista Dr. Ignacio Chavez, foram instalados naquela cidade os 1.º e 2.º Congressos Interamericanos de Cardiologia e organizada a Sociedade Interamericana de Cardiologia, isso

nos anos de 1944 e 1946; em 1948, no 3.º Congresso, realizado em Chicago, foi fundada a Sociedade Internacional, sendo seu presidente o mesmo Prof. Chavez. Em seguida, o autor explicou a organização do Instituto e, em relação aos trabalhos ali realizados, se referiu particularmente ao da "Encefalopatia do reumático", de autoria de Costero, De Gortari, Pellón e Barroso; o autor descreveu o quadro encefálico apresentado pelos enfermos de cardiopatia reumática, os quais vêm a falecer, não por insuficiência cardíaca, e sim devido à muito provável localização do reumatismo no cérebro.

#### SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 19 de outubro de 1948

Presidente: Dr. Silvio Ognibene

**Seminoma metastásico do faringe, laringe e base da língua.** — Drs. Mauro Cândido de Souza e Décio Fleury da Silveira — Baseados em material de autópsia, os autores relataram o caso de um seminoma primitivo do testículo esquerdo, com metástases generalizadas; em indivíduo de 40 anos. Considerações especiais foram feitas a propósito das localizações metastáticas no laringe, faringe e base da língua. Foram mostradas peças preparadas dos órgãos do pescoço e cortes histológicos, tanto do tumor primitivo, como das metástases.

**Tratamento cirúrgico da ozena; operação de Eyries.** — Dr. Luis Piza Neto — Consiste a intervenção em diminuir a amplitude da fossa nasal pela inclusão de bastonetes de substância acrílica pela abertura piriforme após descolamento da mucosa do assoalho da fossa nasal, meato inferior e mé-

dio. E' operação simples mas minuciosa, que tem dado excelentes resultados. Classificam-se os resultados em: muito bons, bons, bastante bons e maus, segundo a melhoria de secreção, cheiro, crôstas, cefaléia e aspecto da mucosa.

**Comentários:** Dr. Ernesto Moreira — Sempre fui adepto da cirurgia para a solução dos casos de ozena, nos quais de nada valem os hormônios, vacinas e outros medicamentos de efeito passageiro. Há 25 ou 26 anos que defendo este ponto de vista e tenho casos operados desde essa época com resultados absolutamente bons. Quanto ao tipo de cirurgia, pratico o processo de Lautenschläger, com modificações por mim introduzidas. Com esse método encontro maior facilidade, mas reconheço que o processo referido pelo Dr. Luis Piza é mais simples. Entretanto, desejo frisar que o processo de Lautenschläger não é tão brutal como dizem.

#### SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 18 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Silvio Ognibene

**A penicilina em anestesia, especialmente em cirurgia plástica** — Dr. J. Ribeiro Netto — As medidas preventivas contra a infec-

ção se resumem num pré-operatório impecável e na adoção de certo número de cuidados durante o ato operatório, tais como assepsia

rigoroso  
numa  
período  
do a  
ções d  
antibió  
ções d  
ventiva  
tância  
séptica  
coleção  
cirurgi  
sário  
dos e  
suspei  
fectu  
depois  
opera  
tismos  
avizin  
ou no  
imobi  
Dep  
meios  
o aut  
da so  
caina  
já ha  
Oster  
e Zie  
mons  
antib  
terad  
vocal  
sico o  
la. A  
mesm  
foram  
necic  
já in

As  
nica  
Med  
Wal  
sé C  
men  
proc  
obje  
num  
entr  
de c  
a ab  
cidê  
que

rigorosa, técnica atraumática, e numa esmerada minúcia quanto ao período pós-operatório, comportando a imobilidade, atenção às reações do organismo e a medicação antibiótica. Há um grupo de afecções em que essas medidas preventivas assumem enorme importância: nas operações de natureza séptica, tais como a abertura de coleções purulentas, em geral, e na cirurgia plástica, quando é necessário manipular retalhos infectados e nas operações de evolução suspeita, tais como as que são efectuadas no decurso ou pouco depois das doenças infecciosas, as operações de urgência em traumatismos ou queimaduras, as que se avizinham das cavidades naturais ou nos enxertos totais de difícil imobilização.

Depois de passar em revisão os meios modernos de defesa, fixou o autor a atenção na associação da solução de penicilina à novocaína-adrenalina. Essa associação já havia sido estudada; Lundy e Osterberg, em 17945, e Shannon e Zielinski, no ano anterior, demonstraram que, nem a atividade antibacteriana da penicilina é alterada na presença dos solutos novocainicos, nem o efeito anestésico desta é prejudicado por aquela. A idéia ocorreu a vários ao mesmo tempo e muitos trabalhos foram publicados focalizando o benefício da associação em casos já infectados. Mowlen, em 1944,

Christiansen, Iamson e Alexander, em 1945, Arentsen, Nomland e Wallace, em 1946, e outros, entoam loas a essa associação em casos, respectivamente, de infecção mandibular, na cirurgia orofacial, no fechamento das úlceras de decúbito, na oftalmologia e traumatologia, nos enxertos fragmentários sobre tecidos de granulação, etc. No Quarto Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica, Del Pozo havia referido o influxo benéfico da associação, mesmo em casos penicilino-resistentes.

A técnica empregada pelo autor consiste em proceder à anestesia regional, troncular ou mesmo infiltração local; com a novocaína a 1% adicionada à penicilina cristalizada, na concentração de 1/10 a 20.000 U.Ox. Numa fissura total, por exemplo, em recém-nascido, bastam 10 cm<sup>3</sup> de novocaína, diluída em 100.000 U. Ox. de penicilina. Não se observa efeito prejudicial: nem hemorragia, nem fenômenos irritativos locais. Ao contrário, o que mais chama a atenção é a ausência de edema pós-operatório e, portanto, ausência de dor, conservando a mucosa o seu colorido roseo claro característico.

O autor pormenorizou a aplicação profilática em outros casos, especialmente como meio defensivo da infecção que tanto prejudica a pegada dos enxertos, exibindo várias fotografias de casos cuja operação datava de poucos dias.

#### SECÇÃO DE PEDIATRIA, em 13 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Pedro Refinetti

**Assistência ao prematuro na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo** — Drs. Waldemar Henrique Cardim e José Carlos Soares Bicudo — Inicialmente, os autores discriminaram a procedência dos 455 prematuros, objeto do trabalho apresentado, num total de 2903 recém-nascidos entrados no Berçário da Faculdade de Medicina, de janeiro de 1946 a abril de 1948, o que dá uma incidência total de 15,67%, sendo que 98 casos foram de partos efe-

tuados fora do Serviço, e enviados pelo Pronto Socorro, o que dá a percentagem, para os casos da Clínica Obstétrica, de 12,30% de prematuridade. Assinalam, em seguida, que, deste total de prematuros, em 195 casos houve a assistência pré-natal (6,75%), dando o restante a percentagem 8,98%, em que as mães não foram assistidas na gestação. Em seguida, os autores classificaram os casos observados, pelo peso, sexo, cor, parto normal e patológico, fêmeos, etc.

A percentagem de mortalidade foi 25,05%, tendo sido feita a autópsia em todos os casos, acusando o seguinte resultado: 47 casos por prematuridade pura, 33 casos por pneumonia e outras infecções, 14 por sífilis congênita, 9 por asfixia e asfixia, 8 por trauma obstétrico, 1 por vício de conformação, 1 por causa não determinada e 1 por miscelânea. Analisaram em seguida os óbitos pelo peso, sexo, cor, parto, etc., para depois entrarem na parte principal do trabalho, ressaltando a importância da enfermagem especializada, na assistência ao prematuro. Observaram que, com os melhoramentos introduzidos no Berçário da Faculdade de medicina, desde abril do corrente ano, no que se refere ao aparelhamento técnico e equipes de enfermeiras especializadas, os resultados têm sido deveras auspiciosos sob o ponto de vista da morbidade e mortalidade. Descreveram, em seguida, as várias instalações do berçário, a técnica de enfermagem seguida, esquema de alimentação de acordo com o peso e dias de vida, administração de aminoácidos, vitaminas, etc. passando em revista outros métodos complementares para o tratamento médico de prematuros, finalizando por focalizar os bons resultados obtidos com a administração de sangue total fresco nos casos de infecções, prematuridade simples, etc.; plasma nas diarreias, desidratação, etc.; aminoácidos, principalmente nos casos de desnutrição, etc.; finalmente, hidratação geral com glicose a 5%. A via de introdução é constituída, na grande maioria das vezes, pelas veias periféricas (principalmente epicranianas); em casos de impossibilidade, usam a via medular (tibia, fêmus). Remataram o trabalho, expondo o critério seguido para a alta do prematuro do berçário, que é, em seguida, en-

caminhado para o ambulatório de Puericultura Neonatal que funciona anexo à Clínica Obstétrica.

Comentários: Dr. Renato Woiski — Em que base é calculada a dose de aminoácidos? Quando usam o leite, os autores dão os aminoácidos ao mesmo tempo?

Dr. Plínio de Carvalho — Pego informações sobre o uso da solução de citrato de sódio.

Dr. José Carlos Soares Bicudo — De acordo com os autores americanos, achamos que não se deve usar apenas o leite materno, que não é suficiente. Quanto à solução de citrato de sódio, farmacologicamente sabemos que é uma solução difícil de permanecer estável e que provoca diarreias, de modo que devemos ser prudentes no seu emprego. Quanto ao emprego de testosterona, ainda não temos experiência sobre o assunto.

Dr. Renato Woiski — Tenho usado solução de citrato de sódio (100 cm<sup>3</sup>) sem os inconvenientes citados.

Dr. José Carlos Soares Bicudo — Frequentemente, encontramos casos inexplicáveis de diarreia e vômitos.

Dr. Renato Woiski — A diarreia pode ser provocada pelo uso do complexo xaroposo "B". Realmente, o leite de peito não é suficiente.

Dr. Manoel de Almeida — Usamos solução comercial estabilizada de citrato de sódio (Parke-Davis) e não temos observado inconvenientes.

Dr. Pedro Refinetti — Comparando os resultados apresentados pelos autores com os que tenho visto na Maternidade Matarazzo, noto que são praticamente equivalentes; julgo que a maior ou menor proporção de prematuros está em relação direta com os fatores sociais.

— CONTRA DORES —  
**Troipel**  
— COMPRIMIDOS — *Homburg*



**NEURO-TRASENTINA**

NOME REGISTRADO

VIDROS COM 30 DRÁGEAS

Sedativo do sistema  
neuro-vegetativo

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, em 27 de setembro de 1948

Presidente: Dr. Darcy de Mendonça Uchoa

**Evolução do ponto de vista psicológico na Medicina geral e na Psiquiatria** (conferência). — Dr. Durval Marcondes — O autor fez um estudo crítico da posição da Medicina em geral e, particularmente, da Psiquiatria, em face da psicologia, tanto no passado como na época atual. Começou pondo em foco a circunstância de que os assuntos psicológicos não são, em regra, do agrado dos médicos. Definuiu a Psicologia como o estudo das reações do indivíduo como um todo, e a Psiquiatria como o ramo da medicina que trata dos distúrbios das reações totais do organismo. Estabeleceu a distinção entre a Psiquiatria e a Neurologia, cujo campo se limita a uma parte apenas da vida orgânica, correspondente às funções de um sistema particular, o sistema nervoso. Passou em revista, a seguir, a evolução histórica da medicina, para salientar as razões da divergência entre esta e a Psicologia.

A medicina pré-científica, que encarava a doença segundo uma concepção animística, era essencialmente psicológica. Os primeiros progressos da medicina científica se fizeram, porém, no campo somatológico, pois os conhecimentos da anatomia e da fisiologia antecederam de muito os relacionados com os processos psíquicos. Isso levou a um conceito etiológico localístico, que teve seu apogeu com a atologia celular de Virchow. Sem base científica segura, que só ultimamente pôde adquirir, não tinha a psicologia grande significação no campo dos conhecimentos médicos, sendo encarada com desconfiança e temor. O conferencista apontou as expressões do ponto de vista psicogênico que, não obstante, surgiram, aqui e ali, desde a antiguidade clássica. Estudou as dificuldades da psiquiatria para integrar-se no padrão criado pela medicina organicista e a repulsa que, ao mesmo tempo, manifestou pelo ponto de vista psicológico.

Mostrou como a psicologia fez sua entrada laboriosa na medicina através do "magnetismo animal" de Mesmer e do hipnotismo, impondo-se definitivamente com a psicanálise de Freud e sua consequência direta, a moderna corrente de idéias denominada psicossomática. Apontou, finalmente, a necessidade de reformar-se o ensino médico de modo a proporcionar aos estudantes as indispensáveis noções de psicologia, ao lado das de anatomia e fisiologia. Salientou que um curso dessa natureza, de caráter básico e visando o preparo do médico em geral, nada tem que ver, com o da Clínica Psiquiátrica, cuja finalidade é o ensino, aliás de muita importância, de uma especialização médica. Concluiu dizendo que, em sua fase pré-científica, a medicina foi sobretudo psicológica, passou depois a ser essencialmente somática, para tornar-se, de agora em diante, psicossomática.

**Comentários:** Prof. Zeferino Vaz — Como professor de Parasitologia, fui diretamente atingido pelas palavras do Dr. Durval Marcondes, quando fez referências aos estudos que se faz da morfologia da "Fasciola hepática", no curso médico. Continuamos, realmente, a ensinar, nas escolas médicas um grande número de ridicularias, tanto de Parasitologia como de Anatomia, que estuda nos ossos todos os seus detalhes, saliências e reentrâncias, tubérculos e apófises, que mesmo um ortopedista não tem necessidade de conhecer. Muitos colegas sentem profundamente que grande parte do tempo seja dedicado a essas questões de somenos e que os estudos e conhecimentos psicológicos sejam negligenciados. Não podemos negar a grande importância da Parasitologia, dado o número de moléstias parasitárias em nosso meio, mas todas essas doenças poderiam ser estudadas em três ou quatro meses de curso e não em um ano, como hoje se

faz. É preciso uma reforma radical, porque não é possível que continuemos a dedicar a nossa atenção a detalhes morfológicos, tanto do homem como de animais, que com ele tomam contacto. Só com uma reforma radical será possível a resolução desse problema do ensino médico.

Dr. Darcy Mendonça Uchoa — Reconhecemos todos o grande valor da penetração da psicologia na medicina. Temos conhecimento do trabalho que vem desenvolvendo, no Rio de Janeiro, o Prof. Maurício de Medeiros, no sentido de ampliar

e intensificar o estudo de psicologia no curso médico. Deu-lhe inteira liberdade aos seus assistentes, que estimularam e despertaram o interesse geral para o assunto, de tal modo, que hoje já existe no Rio, no quarto ano do curso médico, uma cadeira de psicologia médica. Embora ainda não tenham alcançado grande perfeição nesse sentor, já conhecem o problema e isso é o princípio da sua solução. Se o estudo não é psicanalítico, pelo menos é psicodinâmico, o que vem demonstrar que já tomaram conhecimento do assunto.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, em 5 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Darcy de Mendonça Uchoa

**Hemângio-endotelioma intra e extramedular. Extirpação cirúrgica com regressão da sintomatologia** — Drs. Rolando Tenuto e Carlos De Lucia — Foi apresentado um paciente do Serviço de Neurologia da Fac. Med. Univ. São Paulo (Serviço do Prof. A. F. F. F.), que apresentava uma síndrome de compressão medular e que foi operado no Serviço de Cirurgia do Prof. B. Montenegro, com regressão satisfatória da sintomatologia. Os autores relataram a história, os exames complementares, a operação e o decurso pós-operatório. Fizeram considerações a respeito do tumor, que é um tipo raro de neoplasma da medula, principalmente quando com localização intra e extramedular. Fo-

ram projetadas fotografias do tumor e o esquema do campo operatório.

**Tratamento sintomático do alcoolismo pelo reflexo condicionado; técnica.** — Drs. Francisco Tancredi e Ernani Borges Carneiro — Os autores expuseram os resultados que obtiveram quanto ao estabelecimento do reflexo condicionado em 20 alcoolistas internados no Sanatório Charcot. Após referência à literatura existente, indicaram a técnica usada, isto é, a administração diária de 0,01 a 0,04 g. de cloridrato de apomorfina, por via intramuscular, antes da ingestão da bebida alcoólica. Obtiveram o condicionamento reflexo com um número de aplicações que variou de 20 a 60.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, em 5 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Darcy de Mendonça Uchoa

**Modificação na técnica de neurectomia periférica para tratamento da neuralgia do trigêmeo (nota prévia)** — Dr. José Zacis — O autor propõe modificação na técnica de neurectomia periférica para tratamento de neuralgia do trigêmeo. Consiste essa modificação em, depois de extirpado um

fragmento do ramo comprometido, fazer a alcoolização de seu côto proximal. O autor vem empregando esse método há mais de um ano, período durante o qual foram operados 14 pacientes, sem nenhum fracasso ou recidiva. Dada a exiguidade do tempo de observação, o autor prometeu publicação com-

pleta quando já houver decorrido período satisfatório para permitir apreciar o valor real da medida proposta.

**Pequeno mal epiléptico. Considerações sobre o tratamento de 4 casos pelo Tridione** — Dr. Antonio B. Lefèvre. — O autor, depois de tecer considerações sobre as diversas formas clínicas do pequeno mal epiléptico, baseando-se no conceito de Lennox, e de analisar as diversas terapêuticas propostas para esta afecção, estudou a ação terapêutica do Tridione (3,5,5 trimetiloaxolidina 2,4 — diona). Apresentou quatro casos de crianças portadoras de manifestações de pequeno mal epiléptico, já exaustivamente tratadas com os anti-convulsivos habituais, sem qualquer resultado, e que se beneficiaram extraordinariamente com este medicamento. Concluiu que o medicamento de escolha para o pequeno mal é, no momento, o Tridione, levando em conta também a ausência de manifestações tóxicas, desde que o mesmo seja administrado com os devidos cuidados.

**Comentários:** Prof. Paulino Longo — O Tridione constitui, realmente, a mais notável terapêutica atual do pequeno mal epiléptico. Os Drs. Paulo Pinto Pupo e Joy Arruda estão elaborando um trabalho sobre este assunto, mas as doses empregadas são mais elevadas que as referidas pelo Dr. Antonio Lefèvre. A princípio, a dosagem ainda era maior, mas fomos diminuindo-a porque verificamos que acontece com o Tridione o mesmo que aconteceu com o Epe-lin, isto é, que as nossas crianças têm menor tolerância para essas drogas que as crianças americanas. Em nossos casos, alguns apresentaram perturbações da visão. De modo geral, os resultados são muito bons. Em alguns pacientes temos verificado, até modificação do eletrencefalograma após o tratamento.

Dr. Oswaldo Lange — Um dos méritos do trabalho apresentado é mostrar que, com doses peque-

nas de Tridione, podem ser obtidos excelentes resultados. Notável é também que, nos 4 casos apresentados não houvesse referência a perturbações da visão. Este fato já tem sido assinalado por autores americanos quando o Tridione é administrado em crianças. É possível que, tratando-se, nos 4 casos apresentados pelo Dr. Lefèvre, de crianças de muito baixa idade, não tenham tido esses pacientes percepção suficiente da sua perturbação. Quanto à questão da dieta cetogênica, pergunto como pôde o autor controlar a dieta usada pelos pacientes, pois essa dieta é de administração muito difícil, só possível em doentes hospitalizados.

Dr. Roberto Melaragno Filho — Tive ocasião de observar um menino com 7 anos de idade que apresentava cerca de 50 crises de pequeno mal por dia. O tratamento pelos barbitúricos não deu qualquer resultado. Administramos o Tridione na dosagem de 4 cápsulas por dia e, terminado o primeiro vidro de 100 cápsulas, interrompemos o tratamento. Pouco tempo depois de iniciado o uso do medicamento os ataques desapareceram e assim a criança se manteve, mesmo depois de interrompido o tratamento durante três meses. Só uma vez, num momento de emoção, quando declamava, teve um acesso de caráter frustrado. Reiniciamos depois o tratamento em doses muito menores, não tendo o paciente apresentado mais crises de qualquer espécie.

Dr. Harry B. Diniz — Observamos um caso de pequeno mal epiléptico no qual a medicação pelo Tridione produziu distúrbios da visão com deslumbramento, e hemorragia retiniana. Interrompido o tratamento, tudo voltou à normalidade.

Dr. José Longman — Em três casos de pequeno mal em indivíduos adultos medicados pelo Tridione, observamos deslumbramento visual. Entretanto, mesmo sem interrupção do tratamento, esta anormalidade desapareceu.

Dr. Paulo Pinto Pupo — Também sou entusiasta da terapêutica

M  
con  
ter



Hepa



Regen  
de n

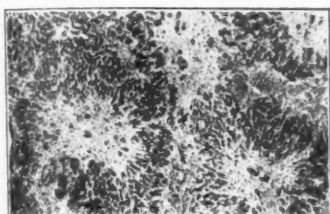


Figad  
quenc

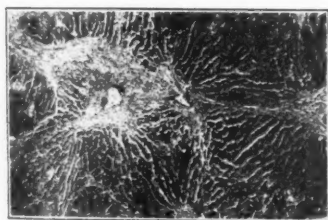
P R  
RUA  
FILIA

# METIOCOLIN

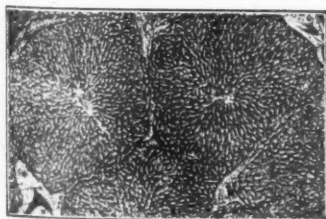
condensa os **5 itens fundamentais da moderna terapêutica das Hepatopatias Difusas:**



Hepatite grave (necrose centrolobular, esfácelo celular).



Regeneração mais intensa (lôbulos de neoformação, hiperplasia epitelial).



Fígado normal, finalmente; é a sequência anátomo-clínica do emprego do METIOCOLIN.

- 1 — A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contem.
- 2 — O mesmo acontece com a colina.
- 3 — Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 — Metionina, colina e inositol constituem os chamados *agentes lipotróficos* conhecidos.
- 5 — Estão associados em METIOCOLIN.

## INDICAÇÕES:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzois e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como **anti-tóxico geral**.

## COMPOSIÇÃO:

### Ampolas de 2 cm<sup>3</sup> (intramuscular)

d. l. Metionina .....	0,06 g
Colina, cloreto .....	0,25 g
Inositol .....	0,06 g
Água bidistilada .....	2 cm <sup>3</sup>

### Ampolas de 5 cm<sup>3</sup> (intramuscular)

d. l. Metionina .....	0,15 g
Colina, cloreto .....	0,50 g
Inositol .....	0,10 g
Água bidistilada .....	5 cm <sup>3</sup>

### Ampolas de 20 cm<sup>3</sup> (oral e endovenoso)

d. l. Metionina .....	1,00 g
Inositol .....	0,10 g
Colina, cloreto de .....	0,05 g
Água bidistilada .....	q. s. p. 20,00 cm <sup>3</sup>

### Comprimidos

d. l. Metionina .....	0,40 g
Inositol .....	0,10 g
Colina, cloreto de ... com (5H2O) .....	0,05 g
Excipiente .....	q. s. p. 0,90 g

**PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.**

RUA JANDAIA, 20 e 30 — CAIXA POSTAL, 2381 — SÃO PAULO — BRASIL  
FILIAL NO RIO DE JANEIRO: AV. GOMES FREIRE, 47-49 — FONE, 22-4521

„ EM BELO HORIZONTE: AV. CARANDAÍ, 866

do pequeno mal epiléptico pelo Tridione. Devemos lembrar, porém, que essa terapêutica só dá bons resultados nos casos de pequeno mal verdadeiro, diagnosticado clínico e eletrencefalograficamente.

Dr. Antonio B. Lefèvre — Como nossos pacientes eram menores de 5 anos, iniciamos o tratamento com doses muito pequenas, aumentando-as à medida que colhíamos informações das mães dos pacientes sobre o ritmo e a frequência das crises. Assim, chegámos a uma dose ótima sem correr o risco de uma

ação tóxica. Quanto à dieta cetogênica, estou de acordo em que ela é muito difícil de ser usada e não tenho mesmo certeza de que, nos dois casos em que indiquei, ela tenha sido empregada de modo eficiente. Lenno não observou perturbação ocular alguma nas crianças submetidas ao tratamento pelo Tridione. Com exceção de raros casos de anemia aplástica e de agrulocitose, não encontrei, na literatura médica, outra referência a acidentes tóxicos produzidos pelo Tridione.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, em 18 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Darcy de Mendonça Uchoa

**Alucinações e automatismo mental. Estudo psicopatológico** — Dr. André Teixeira Lima — O autor fez rápido apanhado histórico sobre as teorias dos primeiros autores que se interessaram pelos fenômenos de automatismo mental. A seguir, estudou as características dos fenômenos de automatismo

mental e das alucinações, bem como as diversas teorias que procuram explicar esses distúrbios sensorceptivos: orgânicas, fisiológicas e psicológicas. O autor expôs seus pontos de vista próprios, colocando-se em uma posição eclética.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, em 7 de dezembro de 1948

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Uchoa

**Personalidades psicopáticas. Conceito, delimitação clínica e aspecto médico-legal** (conferência) — Dr. Francisco Tancredi — O autor faz uma revisão do conceito, demonstrando como ainda é discutível o problema etiológico das psicopatas. Refere-se às divergências das escolas psicológicas, uma ressaltando a influência dos fatores genotípicos, outras atribuindo maior valor à experiência externa. Passa em revisão

ta os diversos conceitos, o critério diagnóstico e clínico, analisando também algumas das classificações contemporâneas, tanto sistemáticas (Kretschmer, Kahu, Tramer, Jung), como assistemáticas (Bumke, Schneider, Bleuler, Birnbaum). Por fim, analisa a situação legal das personalidades psicopáticas, quer do ponto de vista criminal e penal, quer sob o aspecto civil.

#### SECÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, em 28 de outubro de 1948

Presidente: Dr. Francisco Cerruti

**A eliminação urinária dos 17-cetosteróides e do pregnandiol na toxemia gravídica** — Prof. Ribeiro do Vale, Prof. A. Guimarães Filho e Dr. Henrique A. Paravente — Os autores, em 6 casos de toxemia

gravídica, fizeram a dosagem dos 17-cetosteróides e do pregnandiol urinários como provas da capacidade funcional da corteza suprarrenal e da placenta. Os valores encontrados foram comparados com



os obtidos em 12 mulheres grávidas sadias no terceiro trimestre da gestação. Não foi encontrado desvio apreciável na excreção renal dos 17-cestosteróides. A diminuição do pregnandiól, embora estatisticamente significativa, requer maior caustica para ser devidamente fundamentada.

**Comentários:** Dr. Domingos Delascio — Pergunto se há correlação entre a hiperplasia da cortex suprarrenal que se observa durante a prenhez e a hiperfunção dessa glândula. Penso que seria mais interessante fazer as dosagens na primeira metade da gravidez e não na segunda, quando as suprarrenais já não interferem muito.

Dr. J. Ribeiro do Vale — A dosagem na primeira metade da prenhez seria interessante nos casos de toxemia ligados a vômitos e não na eclâmpsia e distúrbios ligados à hipertensão. O problema da correlação entre hiperplasia e hiperfunção cortical é muito complexo, em virtude das numerosas funções da cortex suprarrenal e por não possuímos testes para a verificação de cada uma delas.

#### **Carcinoma da mama e gravidez**

— Drs. José Gallucci e João Sampaio Goes Junior — Os autores realçaram a grande raridade desta associação, o que justifica o estudo a fim de atualizar uma conduta terapêutica. Estudaram o câncer mamário, mostrando a grande importância do quadro histopatológico no referente ao seu decurso e prognóstico; determinadas formas mais diferenciadas têm um prognóstico melhor do que outras, indiferenciadas. Se, por um lado, há autores como Adair, Lee, Trout e outros que afirmam que a prenhez nos seus primeiros quatro meses,

acelera o desenvolvimento do carcinoma mamário, há outros que negam essa influência. Kilgory, Bloodgood e Broman não verificaram piora no desenvolvimento do carcinoma mamário no decurso de uma prenhez. Geschickter e outros não interrompem a prenhez nessas condições. Os autores estudaram os modernos meios terapêuticos como a radioterapia e a hormonioterapia que, em vista dos excelentes resultados que produzem no tratamento das metástases do carcinoma da mama, deveriam ser empregados com todo o rigor.

**Comentários:** Dr. Domingos Delascio — Não há uniformidade na conduta terapêutica nestes casos. Na segunda metade da prenhez, quase ninguém é intervencionista, porém, na primeira metade, a maioria dos autores interrompem a prenhez.

Dr. Wolff Netto — Penso que, diante das opiniões contraditórias sobre o assunto, não deve haver interrupção da prenhez, porque não temos o direito de sacrificar uma vida.

Dr. Arnaldo Delliveneri — Tive um caso idêntico ao que foi relatado pelos autores. De minha experiência pessoal e dos dados da literatura médica, penso que se deve interromper a gravidez na primeira metade.

Dr. J. Ribeiro do Valle — O problema da carcinogênese dos estrógenos ainda está em suspenso e, portanto, a conduta terapêutica depende do fóro íntimo de cada um.

Dr. Francisco Cerruti — A conduta terapêutica deve ser eclética, levando-se em conta o grau de evolução clínica e histopatológica da neoplasia e, ao mesmo tempo, a idade da prenhez.

SEÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, em 28 de novembro de 1948

Presidente: Dr. Francisco Cerruti

**Prenhez extra-membrânea** — Drs. Domingos Delascio e A. Guarento — Os autores apresentaram interessante observação de prenhez extra-amniocorial, estabelecendo o

conceito e fazendo revisão histórica. Discutiram a etiopatogenia e apresentaram o quadro clínico desta entidade nosológica. Terminando, fizeram considerações sobre o

diagnóstico diferencial e a condução terapêutica.

**Comentários:** Dr. Francisco Beruti — Peço um esclarecimento sobre a possibilidade da existência dessa entidade, depois do sexto mês de gravidez, em vista de, nessa época já estar realizado o acolamento da decidua parietal.

Dr. Domingos Delascio — Há dificuldade de explicação para os casos que ocorrem no último trimestre da gestação. Uma tentativa de abortamento pôde ocasionar a rotura da bolsa e instalação da evolução extramembrânea.

**A hipertrofia nuclear nas miocélulas uterinas durante a gravidez** — Dr. Carlos A. Salvatore — Utilizando o método cariométrico-estatístico para o estudo da evolução quantitativa do volume nuclear das miofibras uterinas, constata-se que, durante o ciclo menstrual, existem variações rítmicas dos volumes nucleares, os quais indicam a existên-

cia de ciclos de crescimento interfásico dos núcleos semelhantes aos verificados durante o ciclo estral da rata. Durante a gestação, os histogramas revelam a presença de volumes nucleares múltiplos dos encontrados durante o ciclo menstrual. As medidas dos valores modais dos histogramas de frequência dos volumes nucleares encontrados durante o ciclo menstrual e gravídico, apresentam-se na seguinte proporção: 77,7: 114,2: 160,6: 219,4 e 281,7 micras cúbicas, ou seja mais ou menos: 1: 1,5: 2: 3: e 4. Baseado no conjunto de pesquisas cariométricas, e sendo o crescimento rítmico uma forma de "reprodução interna do material nuclear (crescimento endomitótico)", podemos admitir que a hipertrofia dos núcleos das células musculares durante a gestação, não é devida a simples fenômenos de embibição, mas a fenômenos de natureza genética, isto é, à reprodução do genoma nuclear.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 12 DE JANEIRO DE 1949

Presidente: Dr. Paulo Bressan

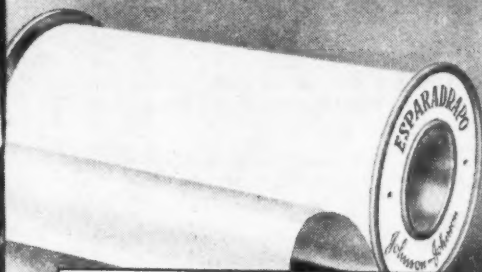
**Inquérito sobre úlceras do estômago e duodeno** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O orador falou sobre um inquérito sobre úlceras do estômago e do duodeno, apresentando as respostas que deu às perguntas feitas pelo Dr. William Nimeh, do México, interessado em reunir as opiniões dos principais centros cirúrgicos do Mundo sobre o assunto. Na discussão o Dr. Oscar Bruno mostrou-se de acordo com os pontos de vista do A. O Dr. Gideon de Oliveira discorreu sobre a etiologia das úlceras, salientando o fator hormonal, mostrando os benefícios da terapêutica pelo hormônio masculino (Testoviron). O Dr. Paulo Brassin referiu-se às indicações da cirurgia nos casos de úlcera e as deficiências do exame radiológico. O Dr. José Ribeiro de Carvalho lembrou que o prof. Celestino Bourroul apontava a ancilostomiose como

uma das causas das úlceras. O Dr. Waldemar Machado cuidou da indicação cirúrgica, acentuando o valor da condição social do doente. O Dr. Moacir Boscardim lembrou ter ouvido em Buenos Aires que Mariano Castex não mais indicava cirurgia nos doentes que podiam seguir o tratamento médico. O Dr. Osias Santos falou sobre a vaguetomia e o dr. Gualberto Magalhães referiu-se a recidiva da úlcera depois do tratamento cirúrgico; informou que o Dr. Gumerindo Godoy tratando de infecções focais, tem obtido bons resultados com o tratamento médico, e terminou mostrando as influências do estado psíquico sobre o desenvolvimento da úlcera. O Dr. Eurico Ribeiro focalizou ainda a questão da indicação cirúrgica na úlcera. O Dr. Osias Santos informou que na Espanha não há ancilostomiose e no entanto a úlcera é frequente.

# 7 CARACTERÍSTICOS

que o Sr. aprovará  
neste novo  
**ESPARADRAPO :**

1. Aderência instantânea
2. Isento de reações cutâneas
3. Massa adesiva alvíssima
4. Conserva-se perfeito por mais tempo
5. Tecido finíssimo
6. Fácil de desenrolar
7. Garantido pela Johnson & Johnson



**AMOSTRA PARA MÉDICOS.** Teremos o maior prazer em remeter amostras do novo esparadrapo impermeável Johnson aos srs. médicos que nos enviarem seu cartão ou papel de receita, para Johnson & Johnson, Depart. Prod. Cirúrgicos, Cx. Postal 136-A - S. Paulo.

## O NOVO **ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL** *Johnson & Johnson*



OS MAIORES FABRICANTES DE PRODUTOS CIRÚRGICOS NO MUNDO

## SESSÃO DE 31 DE JANEIRO DE 1949

Presidente: Dr. Ademar Nobre

**O médico e o hospital** — Prof. Flaminio Favero — O orador proferiu a sua conferência sobre "O médico e o hospital" alongando-se em oportunas considerações.

**Planejamento hospitalar** — Prof. Ernesto Souza Campos — O orador falou sobre "O planejamento

de um hospital" mostrando como deve ser feito e passando em projeção numerosas fotografias de hospitais mal planejados e contraste com fotografias de hospitais mal delineados. Por fim o Dr. Ademar Nobre proferiu um eloquente discurso mostrando o papel do médico no hospital e no lar.

## SESSÃO DE 1 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Dr. Galdino Nunes Vieira

**Sarcoidose de Becker** — Prof. João Alves Meira — O A. discorreu sobre o assunto alongando-se em considerações sobre a patologia da moléstia à luz de um caso muito bem estudado.

**Micose pulmonar (Criptomucose)** — Dr. João Mendonça Cortez —

O A. falou sobre criptomucose pulmonar descrevendo um caso que teve oportunidade de observar e estudar esmiuçadamente. Apresentou as radiografias e demais documentos comprovatórios desse caso que é um dos poucos relatados no Mundo.

## SESSÃO DE 2 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Prof. Alípio Corrêa Neto

**Aspectos cirúrgicos da obstetria** — Prof. Alvaro Guimarães Filho — O A. discorreu sobre os aspectos mais comuns da cirurgia em obstetria, indicando a conduta mais aconselhável.

**Enfarte do intestino** — Prof. Benedito Montenegro — O A. discorreu sobre o enfarte hemorrágico do intestino discutindo questões de etiologia e anatomia patológica e apresentando dados sobre a incidência da afecção em São Paulo.

## SESSÃO DE 3 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Prof. Cantídio Moura Campos

**A Medicina psico-somática na criança** — Prof. Pedro de Alcântara — O orador discorreu longamente sobre aspectos da Medicina Psico-somática na criança, apresentando numerosos exemplos.

**Conceituação da Medicina Psicossomática** — Prof. A. C. Pacheco e Silva — O orador discorreu sobre o assunto, apresentando as idéias clássicas apreciadas no decorrer da sua própria evolução.

## SESSÃO DE 4 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Prof. Armando Marques

**O Serviço de Anestesia em 1948** — Dr. Moacyr Boscardim — O orador fez a crítica do serviço de

anestesia no Sanatório São Lucas durante o ano de 1948, apresentando considerações de orde técnica.

## SESSÃO DE 5 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Dr. José Ayres Neto

**Perfuração de úlcera gastro-duodenal** — Prof. Felício Cintra do Prado — O A. discorreu sobre a perfuração aguda do estômago e duodeno, apreciando o problema do diagnóstico e revendo a sintomatologia, para depois se referir ao tratamento cirúrgico, cuja precocidade encareceu.

**Mecanismo da morte pela embolia pulmonar** — Prof. Bernardes de Oliveira — O orador proferiu uma conferência sobre o mecanismo da embolia pulmonar, fazendo o histórico das várias teorias que sucessivamente apareceram para explicar a morte na embolia pulmonar.

## SESSÃO DE 23 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Dr. Paulo Bressan

**Tumor benigno do estômago** — Dr. Levant Pires Ferraz — O A. apresentou dois casos de tumor benigno do estômago, sendo um de leiniona da pequena curvatura operado pelo prof. Eurico Bastos, e outro de adenoma gástrico operado pelo dr. Eurico B. Ribeiro. Apresentou a documentação de ambos os casos, cuja enfermidade acompanhou com interesse. Na discussão usaram da palavra os Drs. Eurico Branco Ribeiro, Ernesto de Carvalho e Paulo Bressan.

**Eclampsia** — Dr. Luís Branco Ribeiro — O A. falou sobre a eclampsia estudando-a desde o seu histórico. Analisou a sintomatologia e apresentou as teorias apontadas para explicar a etiologia da afecção. Mostrou as medidas profiláticas higieno-dietéticas e alongou-se sobre a terapêutica. Apresentou depois a observação de um caso que acompanhou no Sanatório São Lucas, juntos com o dr. Waldemar Machado. Na discussão o dr. Machado salientou que o assunto ainda está na ordem do dia em Obste-

tricia e que a assistência prenatal é a medida capaz de fazer baixar a incidência da eclampsia; na pre-eclampsia o regime alimentar é a melhor arma preventiva. O dr. Eurico B. Ribeiro referiu-se a palavra ion, empregada pelo orador e que pensa ser errada, pois a lei de derivação nos faz tirar para o português a palavra grega no acusativo; assim deve se dizer ionte. O dr. João Sonleitner confirmou ser essa a forma correta. O dr. Genérico Concílio também apoiou esse ponto de vista, dizendo que foi a forma que escolheu em um dos seus livros didáticos. O dr. Paulo Bressan referiu um caso de eclampsia observado com o dr. Waldemar Machado. O dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou os primeiros tempos de sua clínica, em que também fez um pouco de Obstetria Patológica, tendo tido a oportunidade de tratar vários casos de eclampsia, numa época em que a intervenção era compulsória. O dr. Waldemar Machado expoz os casos em que se deve intervir de urgência e aqueles em que se deve esperar.

## SESSÃO EM 9 DE MARÇO DE 1949

Presidente: Dr. Paulo Bressan

**Transfusões de sangue** — Dr. A. Russi — O A. apresentou um relatório circunstanciado do movimento do Banco de Sangue do Sa-

natório São Lucas nos dois anos de funcionamento, ilustrado com numerosos gráficos. A uma pergunta do Dr. Nogueira Martins, o

orador especificou as reações observadas, numa porcentagem que caiu cerca de 6 a 0,8% no que respeita ao perígeno; houve dois casos de reação homolótica, um dos quais de causa que não se pode operar. O dr. Waldemar fez considerações sobre o serviço de transfusão, mostrando a sua segurança e eficiência.

**Ressuscitação** — Dr. Alberto Caputo — O A. falou sobre os conceitos atuais de ressuscitação analisando as definições apresentadas, discutindo os sintomas da asfixia, apontando as medidas aconselhadas. Remoção de corpos estranhos, colocação do doente em Trendelenburgo, com a cabeça voltada para um dos lados. A sondagem do faringe através das narinas. Os espasmos de laringe são frequentes e podem conduzir o doente à morte. A pressão intrapleural e intra-

pulmonar nos traumatizados deve ser restaurada. A capacidade de transporte de oxigênio pelos vasos e preocupação que se deve ter administrando oxigênio. Criticou os vários medicamentos empregados na asfixia e na parada do coração. Discorreu sobre a respiração artificial, que provoca a circulação. Fez a demonstração de funcionamento de um pulmão de ação que trouxe. O dr. Nogueira Martins salientou o valor de ressuscitador apresentado, cuja existência nas Maternidades é obrigatória por leis em nosso país. O dr. Caputo lembrou que há aparelhos apropriados para Maternidade que não devem ser aplicados sem prévia broncoscopia aspirativa, com aparelhagem adequada. O dr. Waldemar Machado informou que a Maternidade São Paulo está plenamente aparelhada com os mais modernos recursos.

## Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho

REUNIAO DE 2 DE ABRIL

Presidente: Prof. Almeida Júnior

**A Medicina Social e o Serviço Social** — D. Marina Cintra — De maneira clara e objetiva, a oradora analisou, com grande brilho, o papel da assistente social, da enfermeira e da educadora sanitária, delimitando as suas respectivas funções no campo da medicina social.

Afim de que os relevantes e inestimáveis serviços que podem elas prestar à classe médica e à comunidade em geral no combate aos males sociais e aos problemas de saúde se torne mais eficiente, necessário se faz, acentuou a conferencista, maior colaboração e

conjugação de esforços entre todas elas.

Terminada a palestra, foram discutidos e ventilados problemas concernentes à relevante matéria, com o objetivo de se esclarecer dúvidas e mal entendidos e de se traçar normas e limites da ação da assistente social, da enfermeira e da educadora sanitária, todas, como vários médicos presentes à reunião acentuaram, podem ser de grande utilidade para a elaboração de um plano inteligente e construtivo de medicina social.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

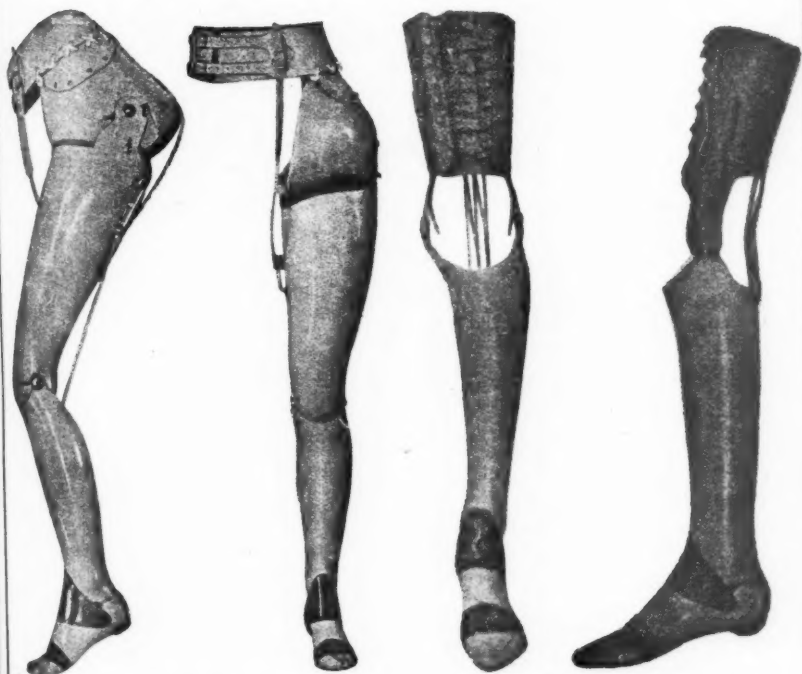
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445



# *Laboratórios Novotherápica S.A.* **SEÇÃO ORTOPÉDICA**

**PRÓTESES ESTÉTICAS**



Para desarticulação de quadril.

Para amputação de perna.

## **APARÉLHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS** **APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA**

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

**AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 3-2833 - CX. POSTAL, 384**

## Centro Médico Eurico Branco Ribeiro

SESSÃO DE 6 DE ABRIL

Presidente: Dr. Amadeu Puppi

**Leishmaniose** — Dr. Bady Nesser — O “Centro Médico Eurico Branco Ribeiro” realizou no dia 6 de abril, mais uma reunião científica no salão nobre da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Paraná. A sessão foi presidida pelo dr. Amadeu Puppi e secreta-

riada pelo dr. Fulton B. de Macedo. O conferencista, dr. Bady Nesser, relatou um caso de leishmaniose atípica, tecendo considerações em torno do assunto. Tomaram parte nas discussões os Drs. Orlando Moro, Paulo Bittencourt e Amadeu Puppi.

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina,** secção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de abril de 1948, ordem do dia: 1) “Notas sobre a eliminação de ovos de *Schistosoma Mansonii* pelas fezes de cobaias e coelhos experimentalmente infestados” — Dr. José de Oliveira Coutinho; 2) “A malária na cidade de Santos” — Drs. Davi Coda e Alberto da Silva Ramos.

Secção de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de abril de 1949, ordem do dia: 1) “O tratamento pela música nas doenças mentais” — Dr. Arnaldo Caiubi Novais; 2) “O aspecto clínico das localizações cerebrais” — Dr. Aníbal Silveira.

Secção de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 7 de abril de 1949, ordem do dia: “Cancer mamário da mulher e hormônios sexuais” — Prof. Erico Fels.

Secção de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de abril de 1949, ordem do dia: 1) Drs. Argemiro Rodrigues de Souza e Luís Dias Patrício — “Amiloidose cutânea. Considerações sobre mais três casos”; 2) Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e José Martins de Barros — “Acanthosis nigricans. Considerações sobre um caso”.

Secção de Pediatria, sessão de 12 de abril, ordem do dia: dr. Paulo de Barros França — “Hidra-

tação e Desideratação em Pediatria”.

Secção de Otorrinolaringologia, sessão de 18 de abril, ordem do dia: 1) Dr. Angelo Mazza — “Dois sinais ofscópicos” (Nota previa). 2) Drs. Gabriel Porto e Arruda Botelho — “Tratameinto das estenoses do laringe”. 3) Dr. Silvio Ognivene — “A penicilina na anestesia local”.

Secção de Patologia, sessão de 19 de abril, ordem do dia: 1) Dr. Milton do Amaral — “Balanças e Pesadas”. 2) Dr. Atilio Zelante Flosi — “Da colpocitologia como metodo auxiliar no diagnóstico e tratamento dos distúrbios menstruais e no diagnóstico precoce das neoplasias genitais”. 3) dr. Domingos Delascio — “Aspectos atuais de carcinoma intra-epitelial do colo uterino”.

Secção de Medicina, sessão de 21 de abril de 1949, ordem do dia: 1) dr. Jairo Cavalheiro Dias — “Moléstia policística, Degeneração policística do Rim, Fígado e Intestinos”; 2) Drs. Jairo Cavalheiros Dias, Otávio Toledo, José C. Pereira da Cunha e Reinaldo Figueiredo — “Ligadura da veia cava inferior no tratamento da insuficiência cardíaca irreductível (comentarios preliminares)”. 3) Drs. A. Ulhôa Cintra, Silvio Soares de

Almeida e Cassio Bottura — "Ação da adrenalina simples e oleosa sobre os leucócitos do sangue periférico no homem".

Seção de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 22 de abril, ordem do dia: 1) "Invaginações intestinais" — dr. Fernando Chammas.

Seção de Tisiologia, sessão de 26 de abril, ordem do dia: 1) "Inquerito Roentgen-tuberculino numa escola profissional" — drs. Febus Gikovate e D. Minervino. 2) O isolamento domiciliar do tuberculoso. Suas possibilidades com base na experiência do Dispensário do Ipiranga" — drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Mario Melo Faro, Benedito Costa Lima, Breno Quidicci e Eduardo Quadro.

Seção de Urologia, sessão de 27 de abril de 1949, ordem do dia: 1) "Obstrução renal por sulfadiazine" — dr. Carlos Pimenta de Campos. 2) "Cirurgia endoscópica do ureteroceles" — dr. Roberto Rocha Brito. 3) "Bexiga contraída não tuberculosa. Ausência completa da capacidade vesical, grave repercussão no trato alto" — dr. Augusto A. Mota Pacheco.

Associação Brasileira de Hemoterapia, sessão de 11 de abril de 1949, ordem do dia: Dr. F. Otenssoor — "Individualidade sorológica". 2) dr. Dante Laghi — "Emprego do curare no tratamento das reações pos-transfusionais".

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão Serviço de Tuberculose, sessão de 30 de abril de 1949, ordem do dia: dr. Antonio Carlos Moraes Passos — "Pneumoperitônio em ambulatório"; dr. J. Pais Leme de Monlevade — "Impressões sobre alguns aspectos do problema da tuberculose na França".

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 5 de abril de 1949, ordem do dia: "Streptomocina na tuberculose" — dr. Argos Ary Meireles.

Sessão de 19 de abril de 1949, ordem do dia: dr. Francisco Amendola — "Relações entre a oftalmologia e a dermatologia".

Sessão de 26 de abril de 1949, ordem do dia: 1) Imunidade. Conceito e Mecanismo — dr. Carlos Lacaz Moraes; 2) Fisiologia e Fisiopatologia Vascular Ocular — dr. Renato de Toledo.

Colegio Brasileiro de Cirurgiões, sessão de 20 de abril de 1949, ordem do dia: 1) — dr. Euríclides Jessu Zerbini — "Considerações gerais sobre o tratamento cirúrgico da hipertensão arterial. "Caustica operatoria". 2) — drs. Nairo França Trench e Luiz Edgard Puech Leão — "Tratamento cirúrgico de hipertensão arterial. Simpectomia toraco-lombar transpleural".

Instituto Biológico, sessão de 1 de abril de 1949, ordem do dia: 1) "A doença de Chagas" — Prof. Jairo Ramos. 2) — "Toxicidade da penicilina para cobaias" — dr. Paulo Bueno.

Instituto Biológico, sessão de 22 de abril de 1949, ordem do dia: 1) — Toxicidade da Penicilina para cobaias — dr. Paulo Bueno; 2) Modificações funcionais da hipófise e do ovário produzidas pela ligadura do pedículo ovarico — dr. Erico Fels.

Hospital do Juqueri, sessão de 2 de abril de 1949, ordem do dia: 1) Evolução maligna da primo-infecção tuberculosa; 2) Psicose auto-toxica-Pneumonia lobar; 3) Surto alucinatório delirante — Pleuriz meta-pneumônico; 4) Epilepsia — Hemorragia das suprarrenais; 5) Epilepsia — Ascaridiose; 6) Arteriosclerose — Infarto do miocárdio. Drs. Jorge M. Ibrahim Mathias, Jose Olimpio Rios, Ursulina Penteado e Clineu da Costa Moraes.

Hospital do Juqueri, sessão de 23 de abril de 1949, ordem do dia: 1) Imbecilidade — Hipoplasia cerebral; 2) Carcinoma da próstata; 3) Arteriosclerose — Infarto do miocárdio. Drs. Stanislaw Krynski, Renério Fraguas e Clineu da Costa Moraes.

Maternidade de São Paulo, sessão de 20 de abril de 1949, or-

dum do dia: 1) A Incidência da Asfixia Neo-Natorum em 500 casos e Cesareas — dr. E. Martins Passos; 2) Eritrblastose Fetal e Mortalidade Neonatal — dr. Celso Siqueira; 3) Choque Toxêmico — dr. Menotti Laudisio.

**Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, sessão de 5 de abril de 1949, ordem do dia: Paralisia facial — Demonstração cirúrgica — dr. J. Rabelo Neto.

**Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, sessão de 26 de abril de 1949, ordem do dia: Ressecção da extremidade do cubito em fratura luxação inveterada com comprometimento da articulação radio cubital inferior (apresentação do doente) — Prof. Domingos Define.

**Sociedade de Gastro-enterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 21 de abril de 1949, ordem do dia: 1) dr. Charles Corbett — "Algumas ações dos compostos sulfanil-amídicos no tubo gastro-intestinal"; 2) dr. Celeste Fava Neto — "Poder patogênico das bactérias intestinais".

**Sociedade Médica da Municipalidade**, sessão de 13 de abril de 1949, ordem do dia: 1) Considerações práticas sobre hipertensão arterial — dr. Leovegildo Mendonça de Barros; 2) Impressões da hemoterapia argentina — dr. Rui Faria.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 6 de abril de 1949, ordem do dia; dr. Fernando Boccolini — "Ligadura da veia cava inferior em um caso de molestia cardio-vascular hipertensiva".

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 27 de abril de 1949, ordem do dia: 1) dr. Enrico Ricco — "Sobre um caso de esplenomegalia e ictericia hemolítica" 2) dr. Nogueira Martins — Resultados do controle dos premunidos pela B.C.G." 3) dr. Erik Unomios — A doença Trombo-embolica e a heparina.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 5 de

abril de 1949, ordem do dia: 1) prof. A. Bernardes de Oliveira e dr. Carlos de Campos Pagliucci; "Cirurgia ou radioterapia no cancer do esofago?"; 2) dr. A. Francis Martins — "Orientação técnica e tática do tratamento do cancer do utero"; dr. Eurico Branco Ribeiro — "O aluminio em clinica cirurgica".

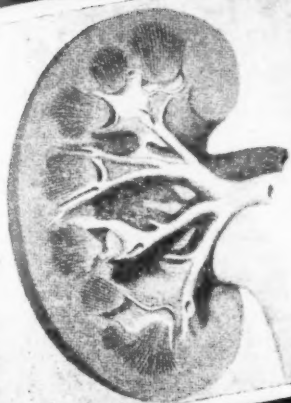
**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 19 de abril de 1949, ordem do dia: 1) prof. Esteban Rocca — Alguns aspectos da tuberculose do sistema nervoso"; 2) prof. Moacyr Alvaro — "Os resultados negativos da experiencia americana no tratamento de doença dos olhos com os chamados enxertos de Filatow".

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, sessão de 19 de abril de 1949, ordem do dia: 1) dr. Hilario Veiga de Carvalho — "Considerações sobre a pena de morte. Seu combate na America Latina"; 2) dr. Tarciz Leone Pinheiro Cintra — "Esquizofrenia paranoide (Pericia para anulação de casamento)".

**Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 7 de abril de 1949, ordem do dia: 1 — dr. Divaldo Gaspar de Freitas: "O primeiro exame pré-nupcial realizado em Portugal (Pericia e contra pericia)". 2 — dr. Jamil Almansur Haddad: "O pensamento científico brasileiro no seculo .XVIII" 3 — dr. José Pedro Leite e Cordeiro. — "Esboço histórico da terapêutica da sífilis precoce". 4 — dr. Sebastião Hermeto Junior: "Guilherme Bastos Milward — um humanista professor da Faculdade de Medicina de São Paulo".

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 9 de abril de 1949, ordem do dia: dr. Nelson de Souza Campos — "Considerações em torno da epidemiologia da lepra na infancia"; drs. Antonio Carlos Mauri e Walter August Hadler — "Normas e sugestões para publicações médico-científicas"; dr. Wilson Brotto — Tratamento das neuralgias segmentares".

*Para desinfecção  
das vias urinárias  
e biliares:*



# UROTROPINA CYLOTROPINA



INDUSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO ★ PÔRTO ALEGRE ★ BELO HORIZONTE ★ RECIFE

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

## Sumário dos últimos números

**Anais da Faculdade de Medicina, XXIII, 1947.** — “Presença de Leptospiras nos ratos da cidade de São Paulo” — Osvaldo Paulo Forattini; “Pars tecta duodeni” como base da nomenclatura e divisão do duodeno no homem”, Liberato João Didio e Mari Degni; “Topografia da papila duodenal maior em relação a raiz do mesocolon transversos”, Mario Degni e Liberato João Affonso Didio; “Estudos sobre tabanidas brasileiras — III. Sobre o genero “Stibazona” Schin., 1867, com as descrições de duas novas especies (Diptera: Tabanidae), Mauro Pereira Barreto; “Estudos sobre tabanidas brasileiras — IV. Sobre o genero “Acanthocera” Macq., 1834, com as descrições de cinco novas especies (Diptera, Tabanidae)”, Mauro Pereira Barreto; “Observações sobre os linfáticos da região pilórica”, O. Machado de Souza; “Notas a proposito de dois casos de histoplasmoses”, Floriano de Almeida e Carlos da Silva Lacaz; “Técnica para obtenção de impressões das cristas epidérmicas em papel fotografico velado”, Elias Lemos Monteiro; “Origem e transformações das celulas epiteliaes no sedimento biliar: “os falsos piocitos”, José Oria e Paulo Carvalhaes; “A técnica de fixação por conbelação e dessecamento. Sua utilidade e possibilidades”, Luiz Carlos Junqueira; “Contribuição a propedeutica funcional do intestino delgado”, José Fernandes Pontes.

**Anais do Instituto Pinheiro, XII, janeiro 1949, 23.** Van der Reis — Importancia e necessidade das imunizações ativa e passiva do tétano. Pereira Anibal — Acidentes ofídicos e sua terapêutica. Lacaz, C. S. e Martins A. A. — Preparo dos soros padrões para a determinação dos tipos sanguíneos. Pereira, Arnaldo — Serviço antir-

rábico descentralizado do Instituto Pinheiros. Estatística do 1.º semestre de 1948.

**Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, LVII, março de 1949, 3.** Nova reação biológica para o diagnóstico precoce da gravidez. dr. Ernani Simas Alves; A secção dos nervos esplânicos no tratamento do megacolon — dr. Edison de Oliveira.

**Arquivos de Biologia, XXXIII, janeiro-fevereiro 1949.** — Ulysses Paranhos — Febre reumática; dr. Biase Faraco — Infiltração terapêutica do colo com penicilina; E. Bertarelli — Progresso da medicina russa durante a guerra. E. Ottensooser e R. Pasqualin — Tipo Sanguíneos em indios brasileiros (Mato Grosso).

**Arquivos de Neuro-Psiquiatria, VII, março 1949, 1.** Contribuição à fisiopatologia da dor referida — prof. Alfred Auersperg; Síndrome de Guillain Barré consecutivo a gripe — drs. Diogo Furtado e Afonso de Vasconcelos; Pequeno mal epiléptico em criança. Considerações sobre o efeito do tridione em 4 casos — dr. Antonio B. Leffevre; Modificação na técnica de neurectomia periférica para tratamento de neuralgia do trigêmeo. Nota prévia. — dr. José Zacis.

**Boletim de Higiene Mental, V, 55, março 1949.** Alcoolismo e seus problemas individuais (conclusão) — dr. Antonio Elias de Moraes.

**Boletim do Sanatório São Lucas, X, março de 1949, 9.** Curare em anestesia — dr. José Monteiro; O poder de curar — dr. Antonio Calvo.

**Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, 7, março de 1949, 1.** Pólipo do sep-



to nasal pelo *Rhinosporidium seeberi* — dr. M Afonso Ferreira Filho e F. Monteiro Sales; Taquicardia parasítica. Apresentação de três casos com documentação eletro-cardiográfica — dr. Cezar Paranhos de Godói; Estudo crítico da linguagem médica — prof. Paulo Mangabeira-Albernaz; Medicina psicossomática — Psicoterapia cardiológica — dr. José Proença Pinto de Moura.

**Maternidade e Infância**, VII, jan.-fev. de 1949, 1. Neoplasmas da vulva — dr. W. de Souza Rudge.

**Medicina Social**, II set.-dez. de 1948, 5/6. A Socialização da Medicina (Fatos recentes e pressupostos básicos) — prof. A. Alemida Jr. Considerações em torno da sífilis — dr. Carlos Prado; Assistência social aos cardiopatas — drs. Augusto Mascarenhas e José Landolfo.

**Resenha Clínico-Científica**, XVIII, fevereiro de 1949, 2. — Robert Elman — Necessidades proteicas em cirurgia; Foleo Domenici — As reações pós-transfusionais Mario Yahn, A. Matos Pimenta e A. Sette Jr. — Leucotomia prefrontal em três tempos.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, IX, 1, janeiro de 1949. — Sarcoidose (Molestia de Besnier-Boeck-Schaumann) — drs. João Alves Meira, José Maria Ferreira e Michel Jamra.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, IX, 2 de fevereiro de 1949. — Ação da metionina sobre o crescimento, reprodução, amamentação e formação de reservas de protídios no fígado e nos músculos esqueléticos de ratos. — prof. F. A. de Moura Campos e dr. Wilson Teixeira Beroldo; Infecção urinária provocada por *klebsiella pneumoniae* — dr. J. Toledo Mello; Incidência das doenças venéreas entre os universitários de São Paulo — dr. J. Martins de Barros.

**Revista Paulista de Medicina**, XXXIV, 3, março de 1949. — Hérnia do núcleo pulposo. Estudo patogenico, etiologico e neurologico — dr. Roberto Melaragno Filho; Sobre um caso de ângio-endotelioma cutâneo de Kaposi — dr. Afonso Bianco; Sobre uma endameba semelhante à *Endamoeba histolytica* encontrada em material de esgoto — dr. A. Dácio F. Amaral e Rubens Azzi Leal.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Novo docente livre** — Realizou-se no decorrer do mez de abril o concurso à docência livre da cadeira de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O candidato, dr. Luis Carlos Uchoa Junqueira, aprovado com grau 9,3, é autor, em colaboração com o dr. Euclides Onofre Martins, do unico livro existente sobre Histologia do Rato, intitulado "Atlas de Anatomia Microscopica do Rato". Essa obra, publicada pela Universidade de S. Paulo em 1947, vem

tendo grande aceitação nos meios científicos nacionais e estrangeiros. Recebeu elogiosas referencias de professores da Universidade de Rochester, da Washington University, da Western Reserve University, Wistar Institute, University of Pennsylvania, Univ. of Iowa, Univ. of Galveston, da Carnegie Institute of WASHINGTON e da Massachusetts Institute of Technology, todas dos Estados Unidos, da McGill University e da Western Ontario University, do Canadá, da Universidade de Lyon, na França e do Instituto de

Biologia y Medicina Experimental de Buenos Aires.

O dr. Junqueira, contemplado com uma bolsa de estudos da "Rockefeller Foundation", regressou recentemente de sua viagem aos E. U. A., onde permaneceu um ano. Foi agraciado com a doação de 2.500 dolares pela referida Fundação, para a aquisição de material científico de laboratório, a ser usado sob sua orientação no La-

boratório de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Durante sua estada naquele país, trabalhou na Washington University estudando embriologia experimental e na Universidade de Chicago na qualidade de Research Associate estudando fisiologia celular e histoquímica. Realizou ali, a convite, diversas palestras sobre temas de suas pesquisas.

## Liga Paulista Contra a Tuberculose

**Paulistas no "Livro do Merito"** — Realizou-se no dia 5 de abril, no salão de honra do Palacio do Catete, com a presença do presidente da República, de todos os membros de sua casa civil e militar, ministros de Estados, altas autoridades e grande numero de destacadas figuras da sociedade carioca e da de São Paulo, com excepcional solenidade, a cerimonia da entrega dos diplomas de inscrição no "Livro do Merito", aos professores cientistas pertencentes à Liga Contra a Tuberculose, senhores Arlindo de Assis, Manuel de Abreu, Clemente Ferreira, este já falecido representado pelo seu filho dr. Aulio Clemente Ferreira e sua esposa e ao filantropo Levy Miranda.

Após as pragmaticas protocolos dirigidas pelo Mestre de Cerimonias, ministro D'Alamo Louzada, teve inicio a solenidade com a palavra do sr. ministro Aualfo de Paiva, que pronunciou longo e brilhante discurso, do qual destacamos os seguintes trechos:

"Exmo sr. presidente da República.

Estas solenes cerimonias da entrega dos diplomas aos agraciados que o decreto presidencial julgou dignos de entrar para o Livro do Merito são raras, como raros são os valores pessoais que conferem a seus donos o direito de figurar nesse registro supremo de benemerencias nacionais.

Por isso mesmo, o sereno espirito de justiça de Vossa Excelencia,

senhor presidente da República, certamente se sente satisfeito com a circunstancia de ser a mão que assinou o decreto mandando inscrevê-los no Livro do Merito a mesma que agora lhes entrega o diploma simbolico do reconhecimento da Nação às qualidades excepcionais dos agraciados.

Em seguida o sr. Levy Miranda, em nome dos agraciados, leu também uma bela peça oratoria, na qual esse filantropo de reconhecimento valor, resalta as qualidades dos homenageados que foram escritos no "Livro do Merito", contando com singeleza a trajetoria da sua vida dedicada ao amparo à pobreza, com especialidade a criação de hospitais para tuberculosos.

O presidente da República sob aplausos dos presentes, fez entrega aos homenageados dos diplomas que lhes foram conferidos, inclusive o do saudoso Clemente Ferreira, recebido pelo seu filho dr. Aulio C. Ferreira e sua esposa.

Nesta solenidade a Liga Paulista Contra a Tuberculose, fez-se representar pela sua diretoria, composta dos senhores drs. A. Nogueira Martins, presidente; B. Pedral Sampaio; Ulisses Fagundes, Joaquim Marques; José Ferreira de Oliveira; João Guilherme O. Costa; Homero Silveira de Agenor C. Stein.

Infelizmente, a de um dos quatro eminentes brasileiros, Clemente Ferreira, não se poderá estender para receber de vossa excelencia

**PODEROSO ANTISÉPTICO  
URINARIO E BILIAR**

**URASEPTINE  
ROGIER**



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE,  
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

o pegaminho consagrador, por tê-la para sempre paralisado a morte — a inimiga implacável que só conseguiu vencer o seu valoroso adversário já nonagenário, após quasi setenta anos da luta em que ele a veio afrontando a renovados e infatigáveis golpes de talento, saber e atividade, numa dedicação altruística de paladino que se bate para salvar a vida dos outros. Sublime sacerdocio dos medicos, que em Clemente Ferreira se manifesta com redobrada abnegação.

As doenças infantis, que ainda hoje roubam ao pais um precioso contingente de vidas em botão, constituíram um dos primeiros alvos de sua missão sacerdotal, como datam da mocidade do medico fluminense os esforços na luta contra a febre amarela, quando a epidemia que tirava ao Brasil milhares de vidas e a sua boa reputação sanitaria incursionava pela provincia de São Paulo. Seu extremo devotamento lhe valeu da cidade de Campinas a gravação de medalha de ouro unica edo Govern. Imperial o habito da Ordem da Rosa.

Mas dos flagelos endemicos e epidemicos seria a tuberculose o mais perseverantemente atacado por Clemente Ferreira, cujo grau de doutor já fôra conjuistado com

uma tese sôbre a terrivel doença; e, si lutando contra ela entrou na pratica medica, foi ainda a combate-la que saiu da vida. Até seus ultimos dias Clemente Ferreira animou a sociedade que fundara meio seculo antes, essa benemerita Liga Paulista Contra a Tuberculose que vem sendo no Estado vizinho o prestigioso centro da campanha antituberculosa.

Exemplo na pratica de cada dia, mestre nas lições de mais de duas centenas e meia de publicações em diversas linguas — toda essa existencia de saber, abnegação, dignidade e exemplo o reconhecimento nacional inscreverá nas paginas do Livro do Merito em que para sempre brilhará o aureolado nome de Clemente Ferreira — sobrevivencia que entretanto não nos consola de sua ausencia aqui hoje, nesta solene investidura dos cavaleiros do merecimento nacional.

Enquanto em nossa terra (ai de nós!) se falar em tuberculose, e no dia em que esse flagelo venha acaso a desaparecer (quando será esse dia?) o nome de Clemente Ferreira sobrevirá, lembrada com saudade a geração que o teve por modelo, demonstrando ao mesmo tempo o devotamento dos brasileiros às causas humanitarias e generosas.

## Associação Paulista de Medicina

**Intercambio social e científico** — A Associação Paulista de Medicina iniciou no dia 28 de maio, o seu programa de maior intercambio social e científico com os diferentes colegas e centros médicos do interior do Estado de São Paulo. A Comissão Científica da atual directoria, dentro do esquema de trabalho do sr. presidente, prof. Jairo Ramos, organizou um programa de conferencias, decarater eminentemente pratico, a serem ministradas por destacados especialistas na materia. Após cada conferencia, estabeleceu-se uma verdadeira mesa redonda, de permutas e respostas, entre os srs. ouvintes e o con-

ferencista, afim de ficarem esclarecidos pontos controvertidos ou obstaculos. As conferencias terão lugar, inicialmente, em certo numero de cidades do interior do Estado de São Paulo. Cada dois meses, entretanto, outros diferentes centros do interior serão visitados, esperando-se que, em futuro proximo, todas as aglomerações medicas do Estado de São Paulo, tenham a oportunidade de receber as caravanas científicas da A. P. M.. Todos os terrenos da medicina serão abordados sob um angulo pratico. Clínicos, cirurgiões e especialistas, concededores profundos da materia, contribuirão desin-

teressadamente nessa cruzada a ser iniciada no próximo dia 28 de maio. A Comissão Eleitoral e de Propaganda da A. P. M. convidou os colegas das cidades a serem visitadas, bem como de suas zonas tributárias, afim de apoiarem e comparecerem a essas reuniões de divulgação científica e intercambio social.

Foram escolhidos os conferencistas e as respectivas cidades: Bauri: Prof. Jairo Ramos e dr. Octavio Martins Toledo, "Problemas clínicos da hipertomia", "Varizes dos membros inferiores" respectivamente.

Piracicaba: Prof. Alipio Corrêa Neto, "Cirurgia dos . . . .", "Dr. A. Ulhôa Cintra "Terapeutica das molestias renais".

Presidente Prudente: Dr. Edson de Oliveira "Megacolo". Dr. José Fernandes Fontes, "Tratamento das diarreias".

Cruzeiro: Dr. Silvio Alve de Barros "Síndrome agudas das vias biliares" e Dr. José Ramos Junior. "Terapeutica das hepatopatias agudas e crônicas".

Taubaté: Dr. Oswaldo Mellone "Transfusão de sangue" e Dr. Reynaldo Chiaverini "Orientação moderna no tratamento da insuficiência cardíaca".

Araçatuba: Dr. Arrido Raia "Tratamento das úlceras gastroduodenais" e Dr. Antonio Ferreira Filho, "Tratamento das diarreias".

São Carlos: Dr. Edgard Pinto de Souza "Oclusão intestinal" e Dr. Luiz Decourt "Hipertensão".

Bebedouro: Dr. Mario Fanganiello "Ferimentos do torax" e Dr. Bernardino Tranchesi "Terapeutica nas doenças renais".

São José do Rio Preto: Dr. Renan Azzi Leal "Fraturas expostas" e Dr. Pedreira de Freitas "Molestias de Chagas".

Ourinhos: Dr. Linneu Silveira "Orientação no tratamento das feridas" e Dr. Reynaldo Marcondes "Terapeutica das doenças renais".

Casa Branca: Dr. Domingos Delascio "Síndromes hemorrágicas em obstetricia" e Dr. Otto Bier, "Queimeoterapia versus soroterapia".

Batatais: Dr. Maher Cutait "Orientação geral da cirurgia intestinal" e Dr. João Alves Maria "Tratamento das verminoses".

Marília: Dr. Oscar Monteiro de Barros "Tratamento da malária" e Dr. Ary do Carmo Russo "Queimaduras".

Ribeirão Preto: Dr. Francisco Tancredi "Diferença entre neuroses, psicoses e psicopatias" e Dr. Rui Escorel "Choque".

Amparo: Dr. Auro Amorim "Cirurgia das malformações congênitas do aparelho intestinal" e Dr. Helio Lourenço Oliveira "Dietética nas doenças hepáticas". A Associação Paulista de Medicina, espera poder contribuir, dessa maneira, para o aprimoramento da cultura medica-cientifica em nosso meio, bem como estreitar os laços de conhecimento entre os diversos colegas do Estado de São Paulo.

## Cientistas Argentinos em São Paulo

Profs. Udaondo, Stapler e Carulla — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a Associação Paulista de Medicina e a Sociedade de Gastroenterologia realizaram no dia 8 de abril uma reunião conjunta, com o objetivo de prestar homenagem aos médicos argentinos professores Bonorino Udaondo, Norberto Stapler e

Juan Carulla, ora em visita a esta Capital.

A sessão foi presidida pelo professor Eurico Bastos, tomando lugar à mesa, além dos homenageados, os professores João Alves Meira e Jairo Ramos, presidentes das sociedades promotoras da reunião.

Foi encarregado de saudar os ilustres visitantes o dr. Felício Cin-

tra do Prado, que disse o seguinte:

"Cada vez que nos encontramos reunidos, argentinos e brasileiros, sentimos como é expressivo o lema já tradicional que tem norteado as relações diplomáticas entre os nossos dois países: Nada nos separa e tudo nos une. Em particular aos médicos cabe importante papel para concretizar e manter essa aproximação. E o temos feito com idealismo. Primeiro, porque pelo próprio objeto de nossas cogitações, que é ao mesmo tempo individual e geral, não conhecemos fronteiras políticas. Depois, pela nossa formação universitária, estamos capacitados a compreender e a propagar que só a educação e a cultura podem criar e dar predomínio aos valores espirituais. São estes valores os que formam as bases estáveis das instituições nas coletividades e só eles sustentam a esperança dos homens, ansiosos por um mundo menos desagregado pelos interesses materialistas, no qual a vida seja realmente fraterna, livre e justa. Tal como entre os indivíduos, a aproximação e a aliança entre os povos serão efêmeras se não tiverem raízes profundas no coração e nos sentimentos. Eis uma grande tarefa, para cuja realização também nós, os médicos, podemos contribuir com eficiência.

Nossos países, ilustres visitantes, começam a ter forças culturais próprias. A última guerra demons-

trou ainda uma vez essa verdade. Privados temporariamente das fontes de conhecimentos promanadas de centros mais antigos, nem por isso deixamos de trabalhar e de produzir no terreno científico, em especial no setor da medicina.

Sois lidimos representantes da inteligência e da cultura do vosso país. Já vos conhecemos através dos livros; agrada-nos ouvir agora, pessoalmente transmitidos e em vosso belo idioma, os resultados de tantas investigações. Devemos continuar a manter intercambio muito estreito. Confrontando nossos resultados, auxiliamo-nos mutuamente para um objetivo comum de progresso, que não nos pertence em particular mas que se integra na finalidade humanitária e universal da profissão a que servimos.

Drs. Uraondo, Stapler e Carulla São estas as expressões que me acodem e são estes, por certo, os sentimentos que a todos nos animam, ao recebermos a vossa visita. Em nome das sociedades médicas de São Paulo, eu vos digo: sede bem-vindos. E, no vosso regresso, levai aos colegas argentinos, com as nossas saudações, a certeza de nossa afetuosa simpatia".

A seguir o professor Bononino Udaonda pronunciou uma conferência sobre "Patologia funcional do esôfago" e o professor Norberto Stapler, sobre "Perturbações do gastrectomizado, em especial "dumping syndrome".

## Novo Hospital em São Bernardo

**Sua inauguração** — Realizou-se no dia 17 de abril, às 16 horas, a inauguração do Hospital São Bernardo, à avenida Terezinha Setti, em São Bernardo do Campo. O ato contou com a presença de altas autoridades e foi presidido por d. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota, cardeal arcebispo de São Paulo, que cortou a fita simbólica. O eminente prelado foi saudado pelo dr. Atilio Zoboli, presidente do Hospital São Bernardo S. A.

Após o ato inaugural foi o Hospital franqueado à visitação pu-

blica. Os festejos foram abrilhantados pela Corporação Musical de São Bernardo do Campo. A diretoria do Hospital São Bernardo é composta dos srs. d. Atilio Zoboli, diretor presidente; Arlindo Margonari, diretor vice-presidente; dr. Fausto Figueira Cardoso de Melo, diretor clínico; dr. Luiz Nelo Rossi, diretor tesoureiro; dr. Reynaldo Barachini, diretor vice-tesoureiro e José Antonio Miguel de Luca, diretor secretário, estando a cargo das Irmãs Palotinas os serviços gerais da casa.



*A Terapêutica eficaz do aparelho circulatório*

# NATRIFILIN

**Coronário-Dilatador — Diurético**

# TAUROCOLO

TAUROCOLATO DE GUIACOL



*A mais eficaz e a mais tolerada  
das terapêuticas balsâmicas*

Elimina a tosse  
Favorece a expectoração  
Descongessa a mucosa  
bronquial.

*Para uso oral e injetável*



INSTITUTO LORENZINI

**DR. RAPHAEL DE LIMA FILHO**

*Radiodiagnóstico*

**CLÍNICA  
ROENTGEN**

**Exames radiológicos em domicílio**

**AV. BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 644 — FONE 2-5831 — SÃO PAULO**

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia

**Ata de Fundação** — Aos nove (9) dias do mês de Janeiro do ano de mil novecentos e quarenta e oito (1948), em um dos salões do Palace Hotel desta cidade, sob a presidência do professor Renato de Souza Lopes, reuniram-se os professores João de Aguiar Pupo, Cantídio de Moura Campos, Leotino Cunha, José Ferreira de Andrade Junior, José de Carvalho Lopes e Genesio Pacheco, eos doutores Floriano de Lemos, Mario de Castro Magalhães, Mario da Silva Pinto, Clodoveu Davis, Hugo Levy, Teofilo de Almeida, Lysandro Guimarães, Manoel Dias dos Santos Brandão, João Lisboa Junior, João Fulgêncio de Paula, José Bawden Teixeira, Laurival Francisco dos Santos, Manoel Alves de Castro, Paulo da Costa Reis, Edison Pereira Guimarães e Beneditus Mario Mourão, no presente III Congresso das Estâncias Hidrominerais do Estado de Minas Gerais, e contando com a presença, como convidado de hora, do Excelentíssimo Presidente do Congresso, Secretário Americo René Gianetti.

Foi nomeada, por proposta do doutor João Fulgêncio de Paula, uma comissão para elaborar o estatuto, constituída pelos professores João de Aguiar Pupo, Renato de Souza Lopes, Cantídio de Moura Campos e José de Carvalho Lopes e doutores Mario de Castro Magalhães e Benedictus Mario Mourão.

O seguinte estatuto, depois de discutido, foi aprovado pela assembléia de fundadores acima discriminada:

Estatuto da Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia. Sede — Cidade do Rio de Janeiro.

Art. 1.º — A Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia institue-se como sociedade de fins

científicos e sociais, com o objetivo de incrementar os estudos especializados e colaborar para a solução dos problemas técnicos e administrativos junto às Estâncias Hidrominerais e Climáticas do País.

Art. 2.º — A Associação terá número ilimitado de membros efetivos que serão providos nos termos deste estatuto.

Parágrafo único — Aos cientistas estrangeiros e aos beneméritos da instituição, serão conferidos os títulos de membros correspondentes ou honorários da Associação.

Art. 3.º — A Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia existente, digo, poderão ser filiadas as sociedades de Crenologia e de Climatologia existentes no País, bem como as secções afins de sociedades médicas do Distrito Federal e Estados.

Art. 4.º — A Associação será dirigida por um Conselho de Termoclimatismo constituído por 36 conselheiros escolhidos entre os seus membros efetivos, com mandato de 6 anos, renovando-se o terço de 2 em 2 anos.

Parágrafo 1.º — A substituição dos conselheiros, no termo dos seus mandatos, será feita pelos membros efetivos, por decisão do Conselho.

Parágrafo 2.º — Os títulos de membros efetivos serão expedidos por decisão do Conselho, mediante proposta de três conselheiros ou da Diretoria e organizações filiadas.

Art. 5.º — O Conselho terá um Presidente, com mandato trienal, sendo eleito pelos votos de seus membros.

Parágrafo 1.º — O Presidente nomeará anualmente o Secretário e o Tesoureiro, por sua livre escolha, entre os conselheiros.

Parágrafo 2.º) — O Presidente nomeará comissões de investigação científica, de propaganda médico-social, de turismo e de redação dos Anais Brasileiros de Crenologia e Climatologia, constituídos por um conselheiro e três membros efetivos.

Art. 6.º) — O Conselho se reunirá obrigatoriamente na primeira quinzena de maio e novembro para opinar sobre assuntos de suas atribuições e tomar conhecimento do trabalho das comissões previstas pelo parágrafo 2.º do art. 5.º.

Art. 7.º) — O Conselho promoverá de dois em dois anos uma Assembleia Geral da Associação, que se realizará na primeira quinzena de maio, com a finalidade de se debaterem temas científicos e sociais, tendo por sede obrigatória uma estância hidromineral ou climática do País.

Parágrafo único) — A Associação poderá entrar em acordo com as comissões organizadoras dos Congressos Brasileiros de Hidrologia e Climatologia, no sentido de uma direta e eficiente colaboração para o êxito de tão importantes certames nacionais.

Art. 8.º) — A Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia poderá estabelecer rendas e constituir patrimônio, decorrentes de contribuições obrigatórias de seus membros efetivos, que serão estabelecidas em assembleia geral, subvenções, donativos e legados.

Art. 9.º) — Os conselheiros e membros efetivos não respondem solidária ou subsidiariamente pelas dívidas e quaisquer outros compromissos assumidos pela Associação.

Art. 10.º) — Os casos omissos serão resolvidos a juízo do Conselho.

Art. 11.º) — O presente estatuto só poderá ser reformado, decorridos 5 anos de sua aprovação, pela assembleia geral.

Disposições transitórias. — Art. 1.º) O primeiro provimento do Conselho de Termoclimatismo será feito por decisão da assembleia de fundação e aprovação do estatuto, devendo ser os seus membros es-

colhidos, digo devendo os seus conselheiros ser escolhidos com mandato nominalmente discriminado por 6, 4 e 2 anos.

Parágrafo único — Serão considerados membros efetivos e fundadores todos aqueles que assinarem a data da presente assembleia de fundação e aprovação do estatuto.

Art. 2.º) — A primeira e segunda reuniões conjuntas da Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia, previstas pelo Art. E.º, serão realizadas respectivamente em Araxá no corrente ano e na estância de Caldas de Cipó, Estado da Bahia, no ano de 1950.

Poços de Caldas, 9 de janeiro de 1948.

De acordo com o art. 1.º das "Disposições Transitórias", a assembleia de fundação e aprovação do estatuto, constituiu o Conselho de Termoclimatismo, nas seguintes condições:

a) Conselheiros por seis (6) anos: Cantídio de Moura Campos, Francisco de Souza, João Fulgêncio de Paula, José Dutra de Oliveira, José de Carvalho Lopes, José Ferreira de Andrade Junior, Juvenal Murtinho Nobre, Mario da Silva Pinto, Mario Mourão, João Lisboa Junior, Orosimbo Corrêa Netto, Renato de Souza Lopes.

b) Conselheiros por quatro (4) anos: Edgard Chagas Doria, Eliziário Junqueira, Francisco João Maffei, Francisco de Moura Campos, Genesio Pacheco, João Brui.º Lobo, João de Aguiar Pupo, Leontino Cunha, Luiz Cintra do Prado, Mario de Castro Magalhães, Thomé Dias dos Santos Brandão, Francisco de Moraes Junior, digo de Moraes Vieira.

c) Conselheiros por dois (2) anos: Adriano Pondé, Americano Freire, Antonio Salles Teixeira, Armando Marcondes da Luz, Eurico Branco Ribeiro, Floriano de Lemos, Heitor da Silveira, Lourival Francisco dos Santos, Lysandro Guimarães, Manoel Moreira dos Santos Pena, digo, José, Mauro Villa Nova Machado, Teófilo de Almeida.

O Dr. Benedictus Mario Mourão propõe que os membros efetivos da Associação Brasileira de Creno-

logia e Climatologia contribuíam com a taxa anual de cem cruzeiros (Cr.\$100,00), o que foi aprovado.

Eu, secretário da assembléia de fundação e aprovação do estatuto, escrevi de próprio punho a presente ata que vai por mim assinada.

Poços de Caldas, nove (9) de janeiro de mil novecentos e quarenta e oito (48).

a) Benedictus Mario Mourão (seguem-se as assinaturas dos Conselheiros acima discriminados e dos demais sócios fundadores).

## Instituto Squibb de Pesquisas Médicas

**Novo diretor** — A nomeação do Dr. Geoffrey W. Rake para o cargo de Diretor do Instituto Squibb de Pesquisas Médicas foi anunciada pelo sr. Carleton H. Palmer, Diretor de E. R. Squibb e Sons, New Brunswick, N. J., Estados Unidos da América do Norte.

O Dr. Rake assumiu o cargo de Diretor do Instituto em consequência da demissão do dr. James A. Shannon, que dentro em breve iniciará suas atividades como Diretor Associado encarregado de pesquisas do National Heart Institute.

O Dr. Rake faz parte do Instituto Squibb desde a sua fundação como chefe da Divisão de Micrologia. Seu trabalho e publicações são amplamente conhecidos no mundo científico e incluem contribuições aos estudos da acalasia do cardia, nefrite, coração tirotóxico, meningococo, sarampo, linfogranuloma venéreo, quimioterapia e substâncias antibióticas. O Dr. Rake é conhecido especialmente pelo seu trabalho sobre doenças bacterianas e por vírus e a quimioterapia dessas doenças.

Educado na Inglaterra, o Dr. Rake veio para os Estados Unidos depois de servir no Hospital de Guy em Londres. Tornou-se assistente e instrutor em patologia em Johns Hopkins, posto que deixou em 1931 ingressando no Instituto Rockefeller. Estagiou como pesquisador nos Laboratórios Connaught em Toronto, de onde veio para Squibb em 1937. Tem recebido numerosos prêmios e medalhas.

O Instituto Squibb de Pesquisas Médicas, em New Brunswick, N. J., tem a seu crédito grande número de brilhantes sucessos. Entre os mais amplamente divulgados está o da penicilina cristalina, da vitamina K sintética, de isolamento de dois hormônios pré-hipofisários distintos e da d-tubocarina cristalina.

Comentando sobre a nomeação de Dr. Rake, o Sr. Palmer pôs ênfase no privilégio que tem o Instituto em possuir entre suas fileiras um número de cientistas distinguidos dentre os quais pode escolher seu novo chefe.

## União Americana de Medicina do Trabalho

A União Americana de Medicina do Trabalho, com atividade em todas as Américas, tem escritório central em Buenos Aires e apresenta as seguintes finalidades:

a) Estimular pesquisas referentes à higiene, segurança e medicina do trabalho; b) Colaborar com o público e governos locais nas medidas tendentes a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores

e respectivas famílias; c) Incrementar o intercâmbio cultural de cientistas, bem como incrementar o intercâmbio de experiências dos governos americanos, em favor do progresso sanitário de cada país; d) Congregar as associações americanas de medicina do trabalho que a ela desejem se filiar, bem como promover instalação de tais associações, nos países que ainda não

# CITONECRON

ex-TONECRON

PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FIGADO  
(fração hidrossolúvel)

ASSOCIADO À VITAMINA B<sup>1</sup>

ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA  
— DO FIGADO —

ALTAMENTE CONCENTRADO E PURIFICADO

Em duas apresentações:

Ampolas de 3 cm<sup>3</sup> com 20 mg. de Vitamina B<sup>1</sup>

” ” 1 ” ” 5 ” ” ” ”

Unicos Distribuidores:

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

PRAÇA DA LIBERDADE, 91

SÃO PAULO

## NÉO-VITAMINA ÉLEBECÊ

FÓRMULA POR COLHER DAS DE SOPA:

Vitamina B <sup>1</sup> .....	4 mg.	Pantotenato de cálcio .....	1 mg.
” B <sup>2</sup> .....	1 mg.	Sucos de tomate, laranja, limão	
” B <sup>6</sup> .....	1 mg.	e cenoura .....	5 cm <sup>3</sup>
Nicotinamida .....	10 mg.	Xarope glicerinado q. s. ....	15 cm <sup>3</sup>

Indicações: Estados de desnutrição. Convalescenças. Inapetência. Astenia. Durante os períodos de crescimento, aleitamento e gravidez.

Modo de usar: Uma colher das de sopa, às principais refeições.

LABORATORIO DE BIOLOGIA CLÍNICA LTDA.

DEPOSITO EM S. PAULO: RUA SILVEIRA MARTINS, 53 - 5.º - CONJ. 52  
TEL. 2-1835 e 3-9362 — CAIXA POSTAL, 6431

DRÁGEAS

DISSENSIBILIZAÇÃO  
ALÉRGICA

GRANULADOS

# PEPTALMINE

ENXAQUECAS  
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA  
ESTROFILA URTICARIANA  
PRURIDOS. ECZEMAS

LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — RIO  
Filial: Rua Marquez de Itú, 202 — SÃO PAULO

as possuam; e) Manter, no escritório central, biblioteca e documentário especializado, a serviço de todos os interessados; f) Publicar revista especializada. g) Promover Congresso anual em uma das capitais americanas. (O do corrente ano terá lugar em Buenos Aires, no decorrer do mês de outubro).

O temerário desse Congresso é o seguinte: abstenteísmo; salubridade na indústria; tuberculose e trabalho; equipamentos de proteção do trabalhador; simulação de psico-neuroses e de sinistroses, sua importância médico social; sinistroses e sua importância médico-legal; reabilitação de incapacitados; patologia de trabalhadores em petró-

leo; função do médico e do dentista em medicina do trabalho; seleção e orientação profissional como base de uma política de aumento de produção; alterações sanguíneas de origem profissional; pneumoconioses; atmosferas em indústrias pesadas e minas subterrâneas.

As adesões à União e ao Congresso são feitas por escrito e endereçadas ao dr. Waldomiro de Oliveira, representante em S. Paulo.

A publicidade dos trabalhos referentes a U. A. M. T. e ao Congresso será feita pela revista argentina "Medicina Del Deporte y Del Trabajo" e pelo Boletín da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho.

## Policlinica Geral do Rio de Janeiro

**Curso anual de Cirurgia** — Com a colaboração dos assistentes, o Dr. Fernando Paulino realizará, na 2.ª quinzena de julho próximo, um Curso de Cirurgia, na Policlinica Geral do Rio de Janeiro, com o seguinte programa:

1.º) Importância do tratamento pré e post-operatório. Instalações e equipe necessários à vigilância dos operados. Enfermagem. 2.º) Equilíbrio hídrico e salino em cirurgia. Bases teóricas e aplicação prática. 3.º) Equilíbrio proteico e calórico em cirurgia. Bases teóricas e aplicação prática. 4.º) Cirurgia do cólon. Tratamento pré e post-operatório. 5.º) Técnica das colecotomias. Apresentação de casos. 6.º) Técnica e tática das intervenções por litíase da via biliar principal. Apresentação de casos. 7.º) Fundamento fisiopatológico do tratamento cirúrgico das úlceras gástrica e duodenal. Resultados da gastrectomia. 8.º) Prostatectomia retro-pública pela técnica de Millin. Técnica e resultados. 9.º) Tratamento do carcinoma da mama. 10.º) Carcinoma pulmonar. Diagnóstico radiológico e broncoscópico.

O curso constará de dez aulas seguidas de demonstrações opera-

tórias, endoscopias, discussão de casos clínicos e intervenção de radiografias.

Os médicos inscritos frequentarão o Serviço durante os 15 dias de duração do curso, acompanhando as visitas as enfermarias.

Serão feitas demonstrações práticas das técnicas adotadas no serviço, em matéria de anestesia, cuidados pré e post-operatórios, radiologia (broncografia e colangio-grafia) e broncoesofagologia.

Local: Policlinica Geral do Rio de Janeiro — Av. Nilo Peçanha, n.º 37. Início: 18 de julho de 1949 às 8,30 horas, no anfiteatro do 8.º andar. Horário: Diariamente de 8,30 às 12,30 horas. Inscrições: As inscrições devem ser feitas na secretaria do Serviço de Cirurgia (7.º andar) de 8,00 a 12,00 horas, a partir do dia 1 de junho. A taxa de Cr.\$ 300,00 (trezentos cruzeiros) será paga no ato da inscrição e reverterá para a Policlinica Geral. A turma será de 50 alunos, não sendo permitida a frequência as aulas senão aos médicos matriculados.



## Curso de Aperfeiçoamento de Obstetrícia e Ginecologia para Médicos

### Sua realização em Buenos Aires

— O Prof. adjunto de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires, Dr. Juan Len, e o docente livre de Clínica Ginecológica, Dr. Orestes R. Palazzo, realizarão conjuntamente, em seus respectivos Serviços, do Hospital Cosme Argerich de Buenos Aires, dos dias 1 a 15 de julho, um curso intenso e pratico de

aperfeiçoamento obstétrico ginecológico, com a colaboração de vários professores e chefes de Serviço daquele Hospital.

Os interessados, terão as mesmas regalias dos médicos internos e poderão inscrever-se na Secretaria do Professorado da Faculdade de Ciências de Buenos Aires ou no Hospital Argerich, à rua Almirante Brown 200.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### I Congresso Paulista de Hemoterapia

**Sua realização em agosto** — A Secção Paulista da Associação Brasileira de Hemoterapia pretende realizar de 8 a 11 de agosto próximo o 1.º Congresso Paulista de Hemoterapia.

Os temas officiaes a serem discutidos são em número de 4, a saber:

1. — “Organização de um Banco de Sangue”. Relatores: Dr. Oswaldo Mellone, Dr. Humberto Costa Ferreira. 2. — “Transfusão de sangue em pediatria”. Relatores: Dr. Oscar Yahn, Dr. A. Biancalana. 3. — “Aglutininas irregulares e sua importância em transfusão”. Relatores: Dr. F. Ottensooser, Dr. Carlos da Silva Lacaz. 4. — “Profilaxia e tratamento das reações post-transfusionais”. Relatores: Dr. Ruy Faria, Dr. Eugenio Marcondes Ferraz.

Além dos temas officiaes, cujos trabalhos serão mimeografados e distribuídos com antecedência aos congressistas, poderão ser apresentados temas livres sobre assuntos de transfusão de sangue, plasma, seus derivados e substitutos. Para a apresentação desses últimos trabalhos os AA. terão o prazo de 10 minutos, devendo, igualmente, apre-

sentar com antecedência, à comissão organizadora do conclave, a cópia datilografada do trabalho, com um resumo em português e inglês. A taxa de inscrição é de Cr.\$ 100,00 (cem cruzeiros).

Correspondência: Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital das Clínicas. São Paulo.

E' o seguinte o programa do 1.º Congresso Paulista de Hemoterapia:

Dia 8 de agosto de 1949 (2.a feira), 9 horas: Faculdade de Medicina — Abertura do Congresso. Discurso do dr. Arnaldo Amado Ferreira, presidente da Secção Paulista da Sociedade Brasileira de Hemoterapia. Distribuição dos trabalhos. — 20,30 horas: Hospital das Clínicas — 1.a reunião. Apresentação e discussão do 1.º tema: “Organização de um Banco de Sangue”.

Dia 9 de agosto de 1949 (3.a feira), 9 horas: Visita ao Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital das Clínicas. — 10 horas: Hospital das Clínicas — 2.a reunião. Apresentação e discussão do 2.º tema: “Transfusão de sangue em pediatria”. — 12,30 horas: Almoço oferecido pelo Instituto Pinheiros, em

sua Fazenda, à Estrada de Itapeirica. — 16 horas: Visita ao Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital Municipal e 3.ª reunião, para apresentação de temas livres. — 21 horas: Cock-tail oferecido pela Casa Ciba.

Dia 10 de agosto de 1949 (4.ª feira), 9 horas: Visita ao Banco de Sangue do Hospital São Paulo (Escola Paulista de Medicina) — 4.ª reunião. Apresentação e discussão do 3.º tema: "Agglutininas irregulares e sua importância em transfusão". — 13 horas: Almoço oferecido pelo Laboratório Paulista de Biologia. — 20 horas: Reunião no anfiteatro do I. P. B. pela apresentação e discussão de temas livres.

Dia 11 de agosto de 1949 (5.ª feira), 9 horas: Visita ao Banco de Sangue da Santa Casa de São Paulo. Apresentação e discussão do 4.º tema: "Profilaxia e tratamento das reações post-transfusionais". — 13 horas: Almoço oferecido pela Laboroterapica, em Santo Amaro. — 15 horas: Reunião de encerramento no Instituto de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo (Instituto Oscar Freire). Apresentação e discussão de temas livres. Discurso por um colega do interior. Leitura das Conclusões finais. — 21 horas: Banquete de encerramento do 1.º Congresso Paulista de Hemoterapia no Automovel Club.

## I Congresso Argentino de Radiologia

**Sua realização em Santiago del Estero** — Deverá realizar-se em Santiago del Estero, Argentina, em julho vindouro, o I Congresso Argentino de Radiologia, conjuntamente com a VI Jornada Argentina de Radiologia e VI Jornada Clínico-Radiológica do Norte. Os temas oficiais a serem discutidos são os seguintes:

1. "Exploração radiológica do sistema broncopulmonar": métodos de exploração direta, localizações broncopulmonares, registro radiológico do dinamismo bronquial.
2. "Radiologia dos tumores broncopulmonares": tumores benignos, tumores malignos.

3. "Radiologia das afecções gástricas": afecções benignas e afecções malignas.

4. "Radioterapia das afecções cutâneas": afecções benignas e afecções malignas.

Além de temas oficiais o Congresso receberá temas livres, devendo os interessados dirigir-se a Secretaria da Associação Argentina de Radiologia — Tucuman, 275 — Santiago del Estero — República Argentina, para a inscrição de seus trabalhos e obtenção dos "anaís".

## III Jornada de Puericultura e Pediatria

**Sua realização na Bahia** — Será realizada nos dias 10 a 17 de outubro, na cidade do Salvador, Bahia, a III Jornada de Puericultura e Pediatria. O temario do certame é o seguinte:

"Puericultura Social" — I. Mortalidade materna; II. Mortalidade da criança acima de um ano; III. A visitadora de puericultura na proteção à maternidade e à infância.

"Patologia do recém-nascido" — I. Doenças obstétricas do recém-nascido; II. Doença hemolítica do recém-nascido (eritroblastose fetal); III. Tetano neo-natal: etiopatogenia e tratamento.

"Doenças infectuosas" — I. Meningite meningocócica na criança; incidência no Brasil; II. Afecções das vias respiratórias produzidas por vírus na criança; incidência no

Brasil; III. Brucelose na criança; incidencia no Brasil.

"Neuro-psiquiatria infantil" — I. A recreação como fator de formação da personalidade infantil; II. Psicometria da criança brasileira; III. A paralisia infantil no Brasil; formas clinicas e incidencia.

Os trabalhos deverão ser enviados à Secretaria da Jornada até o dia 20 de setembro próximo, com três copias datilografadas, em espaço duplo, não devendo contar mais de 20 páginas.

Foram instituídos pelo Governo do Estado da Bahia dois premios, em homenagem ao IV Centenário da Fundação da Cidade do Salvador, na importancia de dez mil cruzeiros.

Os trabalhos destinados a concorrer aos premios deverão versar sobre os seguintes temas de puericultura e pediatria:

1.º) — Novas aquisições da dietética infantil e alimentação do lac-

tante; 2.º) — Doença fibrocistica de pancreas; incidência no Brasil.

Os premios só poderão ser disputados por médicos brasileiros.

Os autores premiados receberão alem das importancias referidas, diplomas e medalhas conferidos pela comissão executiva da Jornada.

São condições imprescindiveis para concorrer aos premios:

a) trabalho inedito e original; b) trabalho escrito em vernaculo, datilografado ou mimiografado, em espaço duplo, com cinco copias.

Os trabalhos devem ser entregues na Secretaria da Jornada até o dia 20 de setembro do corrente ano. Deverão ser assinados com pseudônimo e acompanhados de sobrecartas lacradas, em que figurem o título do trabalho, o nome do autor e respectivo endereço.

Os interessados poderão obter outras informações no Departamento Estadual da Criança, à rua Antonio de Godói, 122, 4.º andar.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Pratique anatomo-pathologique** — Leroux, Gauthier-Villars e Busser, 2 volumes, Masson e Cie. (120, Boulevard Saint Germain), Paris, 1948.

Esta obra foi editada em substituição dos "Travaux pratiques d'Anatomie pathologique" de Roussey e colaboradores. É uma obra de atualização. Foi dividida em dois volumes. O primeiro, dedicado à macroscopia, é subdividido em duas partes: um manual detalhado da autopsia, aparelho por aparelho; e um album de peças macroscópicas, com fotografias e sua interpretação. É livro útil para estudantes e médicos que se ocupam de autopsias. O segundo volume contém 175 cortes microscópicos com a devida interpretação diagnóstica do órgão e da lesão. Este volume contém mais de 350 páginas e custa 750 francos; o outro custa 700 francos, embora contenha 376 páginas. Os dois volumens apresentam 295 figuras.

**Manual práctico de medicina interna** — Alexander von Domarus, 3.a edição espanhola de Manuel Marin (Provenza, 273), Barcelona, 1949.

Tendo falecido Domarus, em 1945, quando a sua obra atingia a 20.a edição em lingua alemã, Hans von Krers e Farrera Valenti tomaram a si a tarefa de corrigir, aumentar e atualizar o conceituado compêndio de patologia e clínica médica tão divulgado na Europa Central. A 3.a edição em castelhano, que está sendo distribuída, foi traduzida da 20.a alemã por Farreras Sampere e apresenta-se com 82 ilustrações, muitas delas a cores, em elegante volume de mais de 800 páginas, vendido ao preço de 150 pesetas. Este livro dispensa apresentação. Basta referir que a primeira edição é de 1923 e a 20.a saiu em 1947 — isto é: quasi uma tiragem nova cada ano. É um guia seguro para a prática da me-

dicina, compreendendo todos os conhecimentos clássicos ainda em uso e chegando até as mais modernas conquistas da terapêutica, tal como a vagotomia para tratamento da úlcera duodenal.

**Fisiopatologia y clínica de la gestosis** — Emilio Gil Vernet e José M. Biel Casals, edição de J. M. Masso (San Magin, 23), Barcelona, 1948.

A presença do ovo fecundado determina na mulher uma série de modificações gerais que são objeto de estudo na interessante obra que nos ocupa a atenção. A cintomatologia geral da gravidez, a hipermese e estados afins, as dermopatias, a nefropatia gravídica, a eclâmpsia, a apoplexia utero-placentária, etc., constituem problema clínicos cujo estudo está disperso em tratados clássicos da especialidade. Os estudos dos últimos anos sobre as alterações endócrinas, neurovegetativas e metabólicas da grávida e especialmente sua repercussão sobre o sistema capilar e o metabolismo hidrossalino, determinam uma melhor compreensão desses problemas sob o ponto de vista da patologia racional.

Todos estes problemas obedecem a uma mesma causa, possuem

uma patogenia comum e respondem a tratamentos semelhantes. Por isso devem incluir-se em uma mesma entidade nosológica (a gestose), de caráter clínico polimorfo. Para desenvolver esta tese, os AA. dividem a obra em três partes. Na primeira estudam as trocas fisiológicas que experimenta a grávida pela presença do trofoblasto; na segunda, fazem uma revisão da semiologia das gestoses, tratando de interpretar unitariamente os diversos sintomas do processo; a terceira é dedicada especialmente à clínica e nela destacam uma original classificação das formas clínicas e as valiosas conclusões terapêuticas que daí se deduzem. Pelo cuidado com que são tratadas as diversas questões, pelo aspecto moderno de sua interpretação patogênica e pela profusa documentação gráfica que acompanha o texto, o leitor encontrará no presente trabalho não somente a solução prática de diversos problemas que apresenta a patologia intrínseca da grávida, senão o deleite espiritual que proporciona uma leitura do mais elevado conteúdo científico.

A obra forma um volume de 425 páginas, com 123 gravuras e 7 lâminas a cores.

## Folhetos e Separatas recebidos

**Intravenous urography and retrograde and retrograde pyelography in subcutaneous injuries of kidney with a supplement Rupture of the ureter report of a case** — A. Steinbock — *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae* — vol. 37 — Supplementum, 4, 1948.

**Denervación Pancreática y Pancreatomentopexia en la Diabetes Mellitus** — Francisco Fonseca y Manual A. Manzanilla. — *J. Internat. Coll. Surg.*, vol. XI, n.º 5, sept.-oct. 1948.

**Orientación Moderna de la Gastrostomia**, Dr. Francisco Julio Nocito — *La Semana Médica*, n.º 8, 1944.

**Carcinoma do esôfago médio-torácico Esofagectomia parcial e esôfago-gastroanastomose intra-torácica** — Dr. Haroldo A. Rodrigues — Separata da Revista Brasileira de Cirurgia, julho 1948.

**Tratamiento quirúrgico del cancer avanzado del estomago** — Dr. Elmo R. Ponsdomenech — *Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana* — julho-agosto 1948 — t. XLI, 2.

**Ulcer and Cancer of the Stomach in the Middle Ages**, Hyman I. Goldstein, M. D. — *Journal of The International College of Surgeons*, sept.-oct. 1943.

**The Stomach Ulcer Cases of Henrietta Anne, Duchess of Orleans, and Cardinal Caesar Baronius,** Hyman I. Goldstein, M. D. — *The Journal of the Medical Society of Cape May County*, New Jersey, vol. 2, n.º 12 — december 1940.

**On tumors of the bladder with particular attention paid to their clinical classification and prognosis,** P. I. Tuovinen — *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae* — vol. 37, supplementum 5 — 1948.

**Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der diffusen Sklerose des Gehirns bei Erwachsenen,** Marcel Back — Basel 1947.

**Exploración Suprarrenal Funcional,** Dr. Manuel A. Manzanilla — *Cirurgia y Cirujanos*, XVI, sept. 1948, n.º 2.

**Oftalmoscopia nas Hipertensões,** Francisco Ayres — *Separata dos "Arquivos Brasileiros de Oftalmologia"*, vol. 7 — n.º 3 — junho 1944. pág. 95 a 110.

**Über vererbliche Aplasie des Sehnerven bei der Maus,** Hugo J. Bein — Basel, 1947.

**Über verschluss der arteria centralis retinae und deren aste bei jugendlichen,** Anton Bendel — Hagedorf (Sol) — 1947.

**Gehirntumot und Schizophrenie,** Ernst Borer. — St. Louis 1947.

**Die Missbildungslehre und Goethes Metamorphosengedanke,** Sebastian Hodel — Basel, 1947.

**Die Wandlungen der Begriffe des Adieschen Syndroms,** Marlene Honroth — Basel, 1947.

**Die Bedeutung der gewichtsmässigen Choriongonadotropinbestimmung zur Erkennung der gestorten Gravidität,** Jan van Huysse — Bruxelles (Belgien) — Basel, 1947.

**Um caso de urticaria al calor,** R. Frouchtman — *Medicina Clinica* — VI. t. X, 6 junho 1948 — Barcelona.

**Los equivalentes migranoides,** Dr. F. Frouchtman — *Anales de Medicina y Cirurgia* — vol. XXIV, 38 — agosto 1948.

**Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba** — Relatório de 1948.

**Significação e frequência das trombozes venosas na Tuberculose Pulmonar** — Prof. M. de Freitas Amorim — *Arquivos da Escola Paulista de Medicina*, n.º 1, 1942.

**The discovery of the roentgen rays,** Hyman I. Goldstein, M. D. — *Journal of the International College of Surgeons*, vol. IX, 6 — nov-dec. 1946 (pag. 688-693).

**Streptococcic Fautitis with Erythema Modosum and Erythema Multiforme Exudativum,** Hyman I. Goldstein, M. D. — *American Medicine*, New Series, vol. XXVII, n.º 6, june, 1932 (pag. 233-238).

**Tratamento de las afecciones isquemicas de los miembros con la mezcla eterheparina,** Dr. Francisco J. Nocito — *Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Cirujanos*, VIII nov. de 1947, nos. 27-28.

**Audiometric Studies of the Residual Hearing of Pupils of Rio de Janeiro National Institute for the Deaf,** Armando Paiva Lacerda, M. M. e Alfredo Eugenio Varloet, M. D. — *Archives of Otolaryngology*, march 1948, Vol. 47.

**Senile Athetose,** Eleonore Brin — Basel 1947.

**Nebennieren - Insufficiens und Thymus parsistens,** Hans Buhrer — Bern 1947.

**Die Diagnosestellung des Krebses am weiblichen Genitale,** Donat Gadola — Bales 1947.

**Die Tiefenwahrnehmung im indirekten Sehen,** Josef Gaus — Basel 1946.

**Über Hautartefakte,** Sigebert Geißler — Basel 1946.

**Zur Diagnose von posttraumatischen Zwerchfellhernien,** Marta Gerber-Kutzner — Basel 1947.

**Die diagnostische Verwertbarkeit der Lage-Stell- und Halterelexe in der Neurologie,** Max Goldberg — Basel 1945.

**Die Beeinflussung der Thyroxinwirkung durch E im Kaulquappen-Metamorphoseversuch,** Reinhard Fischer — Bern 1947.

ATENDENDO À SUA PROCURA DE UMA  
**GLICOSE-VITAMINADA,**  
por via oral...

*apresentamos:*

**GLICOSE B<sub>1</sub>**  
*Johnson*

(PÓ DE GLICOSE COM VITAMINA B<sub>1</sub>)



**FÓRMULA**

Glucose puríssima, ativada pelo fosfato dissódico, contendo elevado teor de Vitamina B<sub>1</sub>.

Indicada nos regimens dietéticos de crianças e adultos, e como medicamento de apóio nas afecções do aparelho digestivo, hepático e renal, nas cardiopatias, no treinamento esportivo, etc..

A **Glucose B<sub>1</sub> Johnson** é facilmente assimilada, pelo papel que nela exerce a Vitamina B<sub>1</sub> como fator principal do metabolismo dos açúcares.

A sua associação com o fosfato dissódico é *duas vezes mais ativa* do que a Vitamina B<sub>1</sub> pura; além disso, a primeira etapa do aproveitamento da glucose pela célula viva é a sua combinação com o ácido fosfórico, para formar o hexosemonofosfato (Mathews).

Tolerância perfeita e gosto agradável, mesmo para o paladar delicado da criança.

**DOSES**

**Lactantes** - 1 a 2 colherinhas das de sobremesa, diariamente, dissolvidas no leite da mamadeira ou em água. **Crianças** - 2 colheres das de sobremesa diariamente, dissolvidas em água ou leite, ou adicionadas a papas, mingaus, etc.. **Adultos** - 2 colheres das de sopa, diariamente, dissolvidas em água ou leite.

Apresentação: Latas de 200 gramas

**Johnson & Johnson**  
AV. DO ESTADO, 5537 SÃO PAULO



# INDICE GERAL DO VOLUME LVII

(JANEIRO A JUNHO DE 1949)

*Os trabalhos originaes na entrega  
são assinalados em negrito.*

## A

Acido pirúvico nas queimaduras, 465  
Actinomiciasse. Tratamento da — endógena pela penicilina, 126  
Adenoma prostático. Tratamento do —, 218  
Afecções biliares. Tratamento cirúrgico das —, 385  
Alcoolismo (tratamento do), 485  
Alergização. Dermite de contacto por — a material plástico de pulseira de relógio, 124  
Alminar de la Medicina Arabe, 428  
Alucinações, 488  
Alves (Ernani Simas) — Nova reacção biológica para o diagnóstico precoce da gravidez, 177  
Amigdalectomia. Imprevistos da —, 290  
Amigdalectomia. Sobre um caso de febre reumática desencadeada por —, 292  
Amiloidose primária. Considerações clinicas sobre um caso, 201  
Anestesia intravenosa, 468  
Anestesia e penicilina, 480  
Anestesia no Sanatório São Lucas, 492  
Anesthesiologia. A experiencia do Serviço do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, 50  
Anemia falciforme. Conduta terapêutica (esplenectomia) e evolução num caso de —, 402  
Aneurisma da veia pudenda simulando hérnia crural, 470  
Anuario de la Sanidad Municipal, 258  
Anuria por sulfapiridina, 454  
Apendicectomia — tratamento do coto apendicular, 46  
Arsenoterapia. Diagnóstico diferencial entre a eclâmpsia e a encefalopatia no decurso da — da gestante, 310  
Arteria sub-clávia. Reflexo arterial de contacto, da —, causado por exostose da clávicula, 99  
Ascendino dos Reis. Homenagem Póstuma, 82  
Asma brônquica na infância. Considerações sobre a classificação e estudo estatístico, 67  
Aspectos metabólicos dos queimados, 54

Associação Brasileira de Crenologia e Climatologia, 508  
Associação de Medicina e Cirurgia de Rio Claro. Sua fundação, 334  
Associação Paulista de Medicina. Deliberações da Assembleia Geral, 421  
Associação Paulista de Medicina. Assembleia Geral, 242  
Associação Paulista de Medicina. Conselho Deliberativo, 247  
Associação Paulista de Medicina. Entrega de premios, 247

## B

B. A. L. em um caso de intoxicação arsenical, 121  
B. C. G. Sêco, 390  
Bolsas de estudos. Dr. Benjamin Zilberberg, 240  
Bolsas de estudos. Dr. Luis Branco Ribeiro, 242  
Boyden. A prova de —, 140

## C

Cadastro toraxico. Considerações sobre um — no A. C. Pirapitingui, 322  
Câncer. Sobre o diagnóstico precoce do — do fôrnice gástrico, 139  
Câncer do colédoco, 127  
Câncer do esfago, 232  
Câncer. Leishmaníase do lábio inferior, com aspecto clinico de —, 120  
Câncer do fôrnice gástrico. Sobre o diagnóstico precoce do —, 139  
Câncer da mama e gravidez, 489  
Câncer da palpebra. Considerações sobre o —, 119  
Câncer do reto, 460  
Cancérolgia, 257  
Carcinoma da vulva, 9  
Cardiacos hospitalizados. Algumas considerações sobre 429 —, 132  
Cardiologia no México, 478  
Cardiopatía reumática, 477  
Carlos Foá, 165  
Censo luético de 0 a 2 anos, 312  
Cicatrices retrateis do pescoço, 472  
Cintra do Prado (Felicio) — Diagnóstico geral das gartropatias, 435

Cirrose hepática. Tratamento da —, 166  
 Cirurgia Plástica. Sociedade Brasileira de — Sua fundação, 81  
 Cirurgia plástica. Indicações e contra indicações da — no recém-nascido, 202

Ciste do menisco externo. Considerações sobre 2 casos, 414

Cistes solitárias do rim, 454

Clavicula. Pseudoartrose congênita da —, 71

Colecistectomia. Sequelas das —, 381

Colecistopatias. Orientação do tratamento médico das —, 384

Colegio Brasileiro de Cirurgões. Novo menbro estadual, 81

Coloração do sangue. Novo corante pancreático para —. Estudo de diversos fatores das colorações, 128

Coluna vertebral. Duplo perfil nas fraturas da —, 413

Congresso Argentino de Cirurgia (impresões), 465

Congresso Argentino de Radiologia, 514

Congresso Brasileiro de Higiene. VII, 165

Congresso do Colegio Internacional de Cirurgões, 423

Congresso Médico dominicano IV, 90  
 Congresso Médico em Porto Alegre, 425

Congresso Médico do Triangulo Mineiro III, 232

Congresso Nacional da Tuberculose em Recife, IV 234 e 425

Congresso Paulista de Hemoterapia, 513

Congresso de Radiologia de Montevideu IV, 425

Congresso de Monografias sobre a Lepra, 332

Conferência sobre Saúde e Tuberculose. Sua realização em Londres, 255

Coração. Diagnóstico das moléstias congênicas do —, 408

Corrêa José Barbosa. Necrológico, 82

Criptomicose pulmonar, 492

## D

"D'já vu" A impressão do —. A propósito de um caso, 304

Delascio (Domingos) Delliveneri (Arnaldo e Junior (Cyro Clari) Carcinoma da vulva, 9

Departamento Estadual de Estatística. Os dementes na Capital paulista, 162

Departamento Municipal de Assistência à Infância e Maternidade, 314

Dermatite de contacto por alergização a material plástico de pulseira de relógio, 124

Diatermocoagulação do canal cervical, 141

Digitalis purpurea. A avaliação biológica da —, 361

Diverticulo da uretra feminina, 216

Diverticulo da uretra feminina. A propósito de 8 casos, 216

Doenças osseas. Patogénia das —, 413

Doenças de Paget. Indicações do prolapso de testosterona na —

## E

Eclampsia, 493

Eclampsia. Prognóstico do feto e do recém-nascido na —, 310

Embolia pulmonar, 493

Endometriose intestinal obstrutiva, 300

Enfarte do intestino, 492

Enfisema intersticial difuso, 141

Entubação duodenal, 258

Epilepsia, 486

Eritroblastose fetal. Considerações anatômico clínicas sobre três casos de —, 130

Ernesto Tramonti. Necrológico, 252

Escola Paulista de Medicina. Doutorandos de 1948, 160

Esterilidade masculina, 450

Estreptomina. Efeitos tóxicos e colapsoterapia, 400

Estreptomycinoterapia. Resultados imediatos de — no Hospital S. Lucas Gonzaga, 398

Estrutura química e atividade antimalarica, 144

Estudo crítico das provas funcionais do estomago e do intestino, 404

Étude sur le cancer, 90

Exostose da clavicula, 99

## F

Faculdade de Medicina. A primeira turma, 255

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutorandos de 1948, 240

Faculdade de Medicina (novo docente), 501

Fator Rh (ver Rh)

Fator Rh como causa de natimortalidade, 473

Febre reumática. Sobre um caso de — desencadeada por amigdalectomia, 292

Federação Mundial de Saúde Mental, 167

Fisiopatologia da menstruação. Correlações neuroglandulares. Conceção atual do ciclo menstrual, 206

Fistula esôfago- cardio-pleurocutânea, 141

Fistula vésico-vaginal, 453

Flaminio Favero — Homenagem, 153

Fosfatases e fosfatases, 409

Gastroenterologia. Serviço de —, 158

## G

Gastropatias (diagnóstico geral) —, 435

Gestose, 516

Gravidez. Nova reação biológica para o diagnóstico precoce da — 177  
Gravidez (hipertrofia celular), 490

## H

Hemangio-endotelioma medular, 485  
Hematoma subdural. Sobre um caso de — 68  
Hemoterapia. Associação Brasileira de — Fundação da Secção de São Paulo, 81  
Hepatopatias difusas. Prova de tolerância da insulina nos, 201  
Hernia crural (ou aneurisma da veia pudenda), 470  
Hernia inguinal na criança. Tratamento cirúrgico da — 63  
Hérnia do núcleo pulposo, 462  
Herpes gestacionais. Considerações gerais sobre um caso de —, 123  
Hidradenoma da vulva, 211  
Hipertrofia, 139  
Hipertensão arterial (tratamento cirúrgico), 466  
Hipertireoidismo pelo tiouracil, metiltiouracil e propiltiouracil. Tratamento do —, 136  
Hipertrofia congênita do píloro, 464  
Homossexualismo. Sobre psicanálise de um caso de —, 301  
Hormônios esteróides. Aplicações clínicas e terapêuticas, 220  
Hormônios gonado-tropicos. Emprego dos — em Urologia, 224  
Hospital em S. Bernardo, 506

## I

Inclan (Edmundo Henriquez) e Arellano (Carolina) Consideraciones sobre sufrimientos cardíacos em 150 avitaminósicos del Hospital General, 351  
Incompatibilidade materno-fetal pelos grupos "O" e "B" com alto teor de anticorpos no leite, 204  
Incontinência uretral. Um caso raro de — na mulher, 218  
Induratio penis, 450  
Infecções agudas da criança. O hemograma nas — 62  
Infiltrados fugazes, 226  
Insuficiência cardíaca na criança. Tratamento da — 317  
Insuficiência hepática. Fatores causais, 88  
Instituto Butantan. Influência histórica da cidade de Santos na fundação do —, 147  
Instituto Squibb, 510  
Intersexualidade da próstata, 457  
Intoxicação barbitúrica. Tratamento e complicações, 134  
Intoxicação arsenical. O B.A.L. em um caso de —, 121

## J

Jacques Tréfouel Prof., 80  
Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria IV, 336

Jornada de Obstetria e Ginecologia III, 255  
Jornada Pan-Americana de Gastroenterologia I, 389  
Jornada de Pediatria II, 232  
Jornada de Puericultura e Pediatria, 514  
José Barbosa de Barros. Necrológico, 334  
José Barbosa Corrêa. Necrológico, 82

## K

Karl Kleist, Psiquiatra, 234

## L

Lagartos brasileiros, 105  
Legião Brasileira de Assistência. Centro de Estudos Médico-Sociais, 333  
Leishmaniose, 496  
Leishmaniose cutânea em paciente de Santa Isabel, 116  
Leishmaniose do lábio inferior, com aspecto clínico de câncer, 120  
Lepra. Tratamento do pé paralítico na — pela operação da triplice artrodese, 322  
Lepra. Quimioterapia experimental da 320  
Lepra ocular: os resultados obtidos pela sulfonoterapia, 322  
Lepra murina estudo patogênico evolutivo no rato inoculado pela via peritoneal, 320  
Lepra. Cirurgia plástica na —, 322  
Lesão úlcero-vegetante. Sobre um caso de — da qual foi isolado Acremonium, 115  
L'examen du malade, 427  
Liga Paulista Contra a tuberculose, 502  
Linfangite. Sobre um caso de —, do tipo gomoso por leishmaniose tegumentar americana, 116  
Los desórdenes de la menstruación y su tratamiento, 388  
Luxações congênita da coxa, 469

## M

Maduromicose de grãos pretos, 123  
Malária. Campanha global contra a —, 111  
Maternidade de São Paulo. Novas instalações, 248  
Medicina psicossomática (conceituação da) 942  
Medicina psicossomática na criança, 492  
Medicina Social e o Serviço, 494  
Medicina y Destino, 428  
Médico e o farmacêutico no Brasil, 83  
Médico e o hospital, 492  
Megacolon. A secção dos nervos esplâncnicos no tratamento do —, 197  
Meléa (Henrique) — Reflexo arterial de contato, da artéria sub-clávia,

- causado por exostose da clavícula, 99
- Meningococcemia fulminante.** Síndrome de Waterhouse-Friederichsen. Considerações sobre a contribuição do laboratório clínico, 305
- Método colecistográfico.** Estudo crítico do —, 388
- Mesons.** A produção artificial de —, 142
- Micíase pulmonar.** Conceito atual de —, 130
- Moisés Marx.** Necrológio, 325
- Moléstia cardio-vascular hipertensiva.** Ligadura da veia cava inferior em —, 412
- Moléstia de Nicolas — Favre,** 449
- Moléstia de Nicolas Favre (forma retal).** Resultados imediatos pelo antígeno do infogranuloma venéreo preparado em embrião de galinha no tratamento da —, 48
- Morphologie et histologie des corps progestatifs et gestatifs de l'ovaire féminin,** 90
- Mortalidade neonatal na Maternidade de Condensa Filomena Matarazzo,** 59
- Mostardas nitrogenadas,** 473
- Movimento demográfico sanitário.** Dados do mês de outubro, 163
- Mucocele frontal.** A propósito de 5 casos, 214

## N

- Nervo musculocutâneo.** Considerações sobre a paralisia isolada do —. Seu tratamento, 142
- Nettleship.** Doenças de —, 119
- Neurinoma do acústico** operado com conservação da audição e sacrifício do ramo vestibular, 289
- Neuralgia do trigêmeo,** 485
- Novo Hospital em Sorocaba,** 248
- Nutrição,** 258

## O

- Obstetricia (aspectos cirúrgicos da),** 492
- Oliveira (Edison) —** secção dos nervos esplâncnicos no tratamento do megacolon, 197
- Organização Mundial de Saúde,** 426
- Osteomas osteoides.** Contribuição para o estudo dos —, casuística clínica, 416
- Otorrinolaringologia.** Cirurgia plástica e —, 292
- Ovidio Pires de Campos,** 155
- Ozena,** 480

## P

- Palestrando com os nervosos,** 338
- Pampama (E. J.) — Campanha global contra a malária,** 111
- Paracoccidioides brasiliensis.** Ação da estreptomycina in vitro e in vivo sobre o —, 118
- Paralisia geral.** Contribuição para o estudo estatístico da —. Consi-

- siderações e resultados terapêutico em 1000 casos, 298
- Paralisia infantil,** 416
- Parasitoses intestinais.** Norma de exame de fezes para o diagnóstico —, 408
- Paternidade investigações,** 338
- Pathologie Médicale,** 337
- Pathologie du pancréas,** 338
- Péan,** 168
- Pênfigo Foliaceo.** Resultados terapêuticos, 332
- Penicilina por via arterial nas osteomielites,** 169
- Penicilina em anestesia em cirurgia plástica,** 480
- Periarterite nodosa,** 410
- Personalidades psicopáticas,** 488
- Physician's Handbook,** 168
- Planejamento hospitalar,** 492
- Plasma humano.** Emprego do plasma equino como substituto do — 51
- Plástica pielouretal,** 456
- Pneumectomia.** Evolução de cavidade pleural após — 47
- Pneumonia primária atípica.** Apresentação de casos com provas e exames Hematológicos, 131
- Pneumonias primárias atípicas,** 390
- Policlínica Geral do Rio de Janeiro,** 512
- Prado (Prof. Luís Cintra do)** Estudo crítico das unidades em uso para as dosagens do radon e demais substâncias radioativas, 273
- Pré-hipófise.** Um síndrome de associação de nanismo, insuficiência gonadal e múltiplas deformidades com função normal da —. Primeiro caso na literatura de incidência no sexo masculino, 70
- Prematuro (assistência ao —),** 481
- Premio "Monotti Sainati",** 159
- Prenhez extra-membranacea** 488
- Proctologia e obstetricia,** 203
- Prolapso retal na infância.** Seu tratamento pelas injeções de leite e considerações clínicas sobre o —, 58
- Próstata (intersexualidade),** 457
- Prostatectomia suprapúbica.** Considerações em torno da ressecção endoscópica após —, 219
- Pseudoartrose congênita da clavícula,** 71
- Pseudo-leucemia eosinofila.** Caso da assim chamada "Eosinofilia tropical, 201
- Psiquiatria.** O ensino da — na Universidade do Brasil, 296
- Psiquiatria (evolução da)** 484

## Q

- Queimaduras (ácido pirúvico)** 465
- Queimaduras.** Aspectos clínicos e tratamento das — 54
- Queimados.** Cirurgia plástica dos — 55

## R

- Radioterapia nos quelóides, 141  
 Radon. Estudo crítico das unidades em uso para as dosagens do — e demais substancias radioativas, 273  
 Reação de Manini no diagnóstico biológico da gravidez, 143  
 Recém-nascido. Cirurgia plástica de urgência do — 60  
 Reflexo arterial por exostose da clavícula, 99  
 Região inguino-escretal na criança. Afecções cirúrgicas da — 310  
 Ressuscitação, 494  
 Retração normal do coágulo sanguíneo. Coeficiente de correção e índice de retração, 127  
 Reunião de Leprologos Brasileiros IV, 252  
 Rh. Curso sobre o fator —, 89  
 Rh. Descoberta do fator —, 146  
 Rh. Infertilidade e choque transfusional devido ao fator —, 211  
 Ribeiro (Eurico Branco) — O processo da tunelização no tratamento da varicocele, 265  
 Rinofima. Decorticação electrocirúrgica simples, 215  
 Rins. Estudo crítico das provas funcionais dos —, 401

## S

- Sanatório São Lucas. Seu 10º aniversário, 239  
 Sangue na gravidez. Estudos sobre o comportamento das proteínas, da hemoglobina e do hematócrito, 308  
 Santa Casa de Misericórdia. Censo Torácico "Menotti Sainati", 163  
 Santa Casa de Misericórdia. Entradas de doentes em 1948, 250  
 Santa Casa de Santos. Serviço de Cirurgia de Torax, 250  
 Sarcoide de Becker, 492  
 Secção de aderências a céu aberto casuística pessoal, 231  
 Seguro Social no Brasil, 340  
 Seminoma do faringe e base da língua, 480  
 Semiologia das funções psíquicas na infância. Revisão crítica dos testes psicológicos, 296  
 Semiologia do sistema nervoso infantil, 296  
 Serviço Médico-Legal do Estado. Movimento em 1948, 251  
 Sífilis congênita. Radiografia óssea e soro-reacção de Wassermann na — 313  
 Sífilis congênita. Observações sobre a penicilino-terapia na —, 66  
 Sífilis da uretra feminina, 216  
 Síndrome de Chiari-Frommel. Conceito de —. Considerações a propósito de um caso, 306  
 Síndrome de Waterhouse. Friedrichsen, 135

- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Sua fundação em São Paulo, 250  
 Sociedade Brasileira para o Progresso de Ciência. Nova Diretoria e primeiros trabalhos, 79  
 Sociedade Médica São Lucas. Nova Diretoria, 333  
 Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. Nova Diretoria, 333  
 Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo 330, 421  
 Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo. Premios, 82  
 Sociedade dos Médicos do IAPC. Nova Diretoria, 422  
 Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, 422  
 Sufrimentos cardíacos. Considerações sobre — em 150 avitaminósicos do Hospital General, 351  
 Sulfamidothérapie em pratique médicale 169

## T

- Tecido osseo. Metabolismo do —, 72  
 Terapia Enderteriosa, 90  
 Tétano: estudo clínico e terapêutico de 136 casos, 135  
 Tireoidite aguda não supurativa. Tratamento pelo tiouracil, 384  
 Toracoplastia. A permanência da primeira costela na — parcial superior, 226  
 Toxemia gravídica, 488  
 Traité des fractures des membres, 427  
 Transfusões de Sangue, 493  
 Transfusão de sangue. Aspectos sorológicos da —, 379  
 Transfusão. Importância da — em cirurgia, 380  
 Transfusão de sangue. Complicações da —. Experiência do Serviço de Transfusão do Hospital das Clínicas, 380  
 Tratado de Clínica Quirúrgica, 257  
 Trichomonas. Sobre a presença de — no pulmão, 227  
 Trígono vesical, 452  
 Triplíce artrodese. Tratamento do pé paralítico na lepra, pela operação da —, 322  
 Tuberculose. A importância do foco de contágio familiar na difusão da — infantil, 227  
 Tuberculose. Serviço Nacional contra a — 324  
 Tuberculose pulmonar. Aspectos clínicos e epidemiológicos das lesões da — no adulto, 392  
 Tumores benignos do estômago, 493  
 Tumores de Ovario com actividade hormonal, 427

## U

- Úlcera de Lipzchütz. Considerações sobre um caso, 214  
 Úlcera do estômago e do duodeno, 490

- Úlcera gastro-duodenal (perfuração), 493  
Úlceras gastroduodenais. Tratamento das — a Aminase, 336  
Úmero. Fratura-luxação posterior do —, 72  
Úmero irreductível no adolescente. Fratura do colo cirúrgico do —, 71  
União Americana de Medicina do Trabalho 510

## V

- Vanzolini (P. E.) — Contribuições ao conhecimento dos lagartos brasileiros da família Amphisbornideo Gray, 1825, 105  
Varicocele. O processo da tunelização no tratamento da —, 265  
Varicocele. A tunelização no tratamento da —, 234  
Vela cava inferior. Ligadura da — em moléstia cardio-vascular hipertensiva, 412

- Venenos ofídicos. Principios coagulantes e anti-coagulantes nos —, 70  
Verumontanum (estudo radiológico), 458  
Vias biliares. Valor diagnóstico da prova de Boyden nas afeções das —, 384  
Vulva. Carcinoma da —. Delascio (Domingos) Delliveneri (Arnaldo) e Junior (Cyro Clari). 9

## W

- Wasicky (Prof. Richard) A Avaliação biológica da "Digitalis purpurea", 361  
Wassermann. A soro-reacção de — na criança hospitalizada, 313

## Z

- Zonas hospitalares do Estado-Discriminação das cidades, 164



agu-  
, 70  
(co),

da  
das  
scio  
ldo)

ação  
ea',  
na

cri-